الدليل المختصر فى
الاضطرابات السيكوسوماتية
(تأصيل نظرى ودراسة ميدانية)

دكتور محمد حسن غانم


مكتبة الأنجلو المصرية

الدليل المختصر في:-

الإضطرابات السيكوسوماتية

(تأصيل نظري ودراسة ميدانية)

دكتور / محمد حسن غانم



مكتبة الأنجلو المصرية

بطاقة فهرسة

غانم , محمد حسن .
الدليل المختصر فى الاضطرابات السيكوسوماتية
تأليــف الدكتور محمد حسن غانم
17× 24 ســم

1- الاضطرابات النفسية
أ- العنوان

رقــم الإيداع :2015/2494 تصنيف ديوى :157.7
ISBN : 978-977-05-2962-1

طبع فى جمهورية مصر العربية بمطبعة محمد عبد الكريم حسان
مكتبـة الانجلـو المصريــة 165 شارع محمد فريد القاهرة – مصر
تليفون : 23914337 (202) ؛ فاكس : 23957643 (202)
E-mail : angloebs@anglo-egyptian.com
Website : www.anglo-egyptian.com

مقدمة :

لاحظ الإنسـان منذ القـدم أن الحالة النفسـية / الإنفعالية / العاطفية / الوجدانيـة إنمـا تؤثـر سـلبا أو إيجابا فى الجسـد .. ولـذا لا عجب أن يطلق الإغريـق المقولـة الشـهيرة التـى مـا نـزال نرددهـا حتـى الآن – وبعـد الآن – ألا وهـى : العقـل السـليم فى الجسـم السـليم .. وأن مسـألة (تفتيـت) الإنسـان إلى أجـزاء وجـزر منفصلـة لم تعـد تجـدى فى التعامـل مـع عـلاج الإضطرابات.

والإضطرابـات السيكوسـومائية (أى النفسـية / الجسـدية) تعنـى بإختصـار أن الفـرد لديـه العديـد مـن عوامـل الإجهـاد النفـسى – والتـى تنعكـس بدورهـا عـلى الجوانـب الجسـدية .. فتظهـر فى صـورة مـرض مثـل : قرحـة المعـدة، أو الشـعور بالغثيـان أو حتـى (العنـه) عنـد الرجـال والـبرود الجنـسى عنـد النسـاء، والإثنـى عـشر وقرحـة القولـون والربـو الشـعبى بـل وإرتفـاع ضغـط الـدم، وقصـور الشرايـين التاجيـة وغيرهـا .. وإذا تـم التعامـل فقـط مـع (الأعـراض – دون الأسـباب) لم تحـل المشـكلة بـل تتفاقـم ولـذا يطلـق الأطبـاء والعلـماء والمتخصصـون فى الإضطرابـات السيكوسـوماتية عـلى أصحـاب هـذه الفئـة مـن الأمـراض أنهـم : **أصحـاب الملفـات المنتفخـة** حيـث أن المـرضي مـن هـذه الفئـة ينتقلـون مـن طبيـب إلى طبيـب فيطلـب الطبيـب – ظنـا منـه أنـه يريـد أن يبـدأ بدايـة منطقيـة وعلميـة سـليمة – بـضرورة إجـراء الأشـعة والفحـوص والتحاليـل فينصـاع صاحبنـا المريـض ... ويسـارع الطبيـب – بعـد أن

يلقى نظرة سريعة على الفحوص والتحاليل بوصف الدواء وتحديد الجرعات والتنبيه - إن وجد وقتا لذلك – بضرورة الإلتزام بأخذ الجرعات فى موعدها حتى يسارع المرض إلى التلاشى ويدخل المريض فى حالة الشفاء.

ولكن لا يدخل المريض أبدا فى حالة شفاء ؟ لماذا ؟ لأننا تعاملنا مع (العرض) ولم نتعامل مع (المرض) وطالما أن الأمور سوف تسير هكذا وعلى نفس الخطى والنهج فلن يكتب أبدا الشفاء للمريض.

وهنا تصرخ هذه الفئة من الإضطرابات بضرورة أننا – كأطباء – حين نتعامل مع هذه الأمراض ضرورة أن نأخذ الحالة النفسية فى الإعتبار، بل إننا إذا ركزنا على الحالة النفسية تلاشت الأعراض تدريجيا وإنتهى المرض وذلك لأن مرضي السيكوسوماتى فى أعماقهم إنما يحتاجون إلى مزيد من الرعاية والإهتمام والإنصات والإبتسام وأنهم بإختصار جوعى إلى الحب، والحنان، والرعاية من قبل الآخرين، وحين يفتقد المريض السيكوسوماتى إلى مثل هذه المشاعر فإن أعضاء جسده (تأكل بعضها البعض) أنه يتألم وفى ألمه رسالة للآخرين أن إهتموا بى حتى وإن بدت الصورة غير ما ترون، إمنحونى الحنان والضحك والاهتمام حتى وإن ظهرت أمامكم (مستغنيا) أو (مستعليا) عن ذلك.

ويعبر مصطفى زيور فى كتابه (فى النفس 1982) عن التحليل النفسى العميق لمرضي الإضطرابات السيكوسوماتية قائلا : إن أهم ما يميز مرضي قرحة المعدة – كمثال – هو

التنكـر لمـا يصطـرع فى أنفسـهم من حاجـة إلى إلتماس الحـب والركون إلى الغـير أملـين مـن أن يتلقـوا الرعايـة والاهتـمام مـن الغـير، نراهـم يبذلـون العطـاء، فالحرمـان الـذى يفرض عليهم – من قبلهم – لا يلبث أن يسـتثنى وظائـف التغذيـة فتنشـط المعـدة حيث إفرازهـا الذى يـؤدى إلى إضطراب مزمـن (مصطفـى زيـور، 1982، ص 265).

وفى المقابـل نقـول أن المريض السيكوسـوماتى لو وجـد الرعاية والحب فـإن معدتـه لـن تثـور وتتمـرد وتفـرز إفـرازات تـضر بصاحبهـا وكأن زيادة الإفـرازات مـا هـى إلا دمـوع تسـفحها (أو تسـكبها) المعـدة حزنـا عـلى ما آل إليـه حالهـا مـن وحـدة وفـراغ وإهـمال وعـدم إهتـمام من قبـل الآخر – هـذا الآخـر الـذى سـيظل موضوع حـب وعـداء ورغبة فى الإقـتراب منه، ورغبـة فى الإبتعـاد عنـه ... وعـلى قـدر قـدرة الفـرد عـلى (حسـم) الـصراع يكـون سـواء أو عـدم سـواء الفـرد مع الأخـذ فى الإعتبـار أن مسـألة الصراع تلـك ليـس لهـا (موسـم محـدد) بـل الـصراع مسـتمر مـا إسـتمرت حيـاة الإنسـان على سـطح الأرض.

فى حين يرى أحمد عكاشة (1998) أن أهم ما يميز مصاب قرحة المعدة – كمثال – أنه شـخص جسـور، ودءوب، يعمل بإتقان، ويتميز بالقدرة على المثابرة، ولكنه لا يعترف بلهفته للسـلبية اولإعتمادية مما يسـبب له صراعا نفسـيا يوقعـه فى المـرض، كذلك يتميز بالشـخصية الفمية فهـو قد تثبت فى

نموه ونضوجه على المراحل المبكرة مما جعله يعتمد على الغذاء السلبى ليس فقط من ناحية الطعام بل يحتاج إلى الحب أيضا، ولذا يلاحظ أن مريض قرحة المعدة – كمثال – يتحسن بالطعام وتسوء حالته بالجوع (أحمد عكاشة، 1998، 675).

وذلك لأنه قد إرتبط فى ذهنه من التى تقدم له الطعام؟ إنها الأم ..صاحبة الحضن الحنون، وياحبذا لو كانت الأم تقدم الطعام ممزوجا بالحب والرعاية (مثل الأم التى ترضع طفلها وهى تبتسم فى وجهه أو تناغيه أو حتى تربت على خده- وهي تقدم الطعام له مع الحنان (ألا يقول المثل الشعبى : لاقينى ولا تغدينى) أى أن المقابلة والإهتمام بالشخص لاشك أنها سوف تترك آثارا إيجابية فى جسد وروح وعقل وإنفعال الفرد أكثر بكثير من طعام يقدم وسط مناخ من الحزن والإهمال والوحدة وترك الفرد نهبا للضياع والتشتت والقهر والحرمان.

والا يقول المثل الشعبي أيضا (بصلة المحب خروف) أي أن القيمة ليست في نوعية الطعام حتي وان كان فقيرا في عناصره ولكن في المحب الذي يقدمه، واليد الحنون التي تمنحه، والوجه البشوش الذي يحتويه، ومناخ الاهتمام والحنان الذي يحتويني ويجعلني أشعر كأنني (ملك متوج) أو (كأنني ملكت كل هذا العالم بمن فيه) أبعد هذا الاحساس بالامتلاء يكون هناك متسعا للمعدة أو حتي للعقل أن يسأل

عن (نوعية أو قيمة أو حتي جودة الطعام؟!!!).

فى حين يرى البعض أن المريض السيكوسوماتى فى الغالب يتميز بأنه : -

- عصبى .
- شديد التوتر .
- طموح .
- ناجح .
- دائما ما يحاول لفت أنظار الآخرين إليه وإلى نجاحاته.
- واسع الأنشطة الإجتماعية (أى يتحرك مع الناس وبينهم) وليس بعيداً عنهم .
- مكتف بذاته .
- يحب الإعتماد على ذاته .

إلا أن التحليل النفسى العميق يكشف عن أن مثل هذه الشخصيات إنما تتوارى فى الحقيقة خلف هذه الإنجازات، وأن كل ما سبق ذكره من سمات وخصائص يمكن ملاحظتها عند هؤلاء الأشخاص إنما تصرخ وتكشف عن أن الظاهر عكس الباطن تماماً لأنه فى الحقيقة يخفى شعوراً قويا ومدمراً لا يمكن أبدا إنكاره من أنه يعانى من: -

- الوحدة .
- الفراغ .
- رغبة ملحة فى أن يتواصل إنسانيا مع الناس .
- وأن يرتبط بالناس .

- وأن تهتـم بـه النـاس وتتبـع أحوالـه بـل وتظهـر أهتماما بذلـك من خلال سـؤاله وتقـصي أخبـاره وأحوالـه حتـي وان بـدي فى الظاهـر أنـه كاره لهـذا التدخـل فى شـؤونه ولكنـه فى الحقيقة – الكامنة بداخلها – مسرور وسـعيد جـدا لهـذا الإهتـمام والـذى يشـير إلى أن هنـاك – فى هـذا العـالم – مـن يتذكـره، بـل ويرفـع (سـماعة التليفـون) ويسـأل عنه.

- رغبـة فى أن يفـوض بعـض المهـام لهـؤلاء النـاس حتـى يؤدوهـا نيابة عنـه، حتـى يشـعر بالإمتلاء، والإمتـداد، والإنديـاح، والإندماج مـع الآخرين .. هـذا الآخـر الـذى سـيظل هو محـور (الاقـدام – الأحجـام) و (الاحجام – الاحجـام) و (الاقـدام – الاقدام).

لكـن مأسـاة الإنسـان السيكوسـوماتى أنـه لا يحـاول ولا يبـدى رغباته تلـك للناس .. ويكبت مشـاعره فى الإحتيـاج و(الفضفضة) إلي الآخر، وتكون النتيجـة الحتميـة لهـذا الكبـت مزيـدا مـن الضغـوط عـلى الأعصـاب، والأجهـزة العضويـة ومـا تفـرزه مـن مواد قـد تـؤدى إلى إلحـاق أضرار جد خطـيرة بجميـع أجهـزة الجسـم مـع الأخذ فى الإعتبـار أن التركيـز فقط على (الأعـراض) دون الإقـتراب مـن (الأسـباب) لـن يحـل أبـدا المشـكلة .. بـل قـد يقـود إلى تفاقمهـا .. حتـى تصبـح أعضـاء جسـد هـذا الشـخص أشـبه بفريـق مـن العازفـين .. ولكنهـم للأسـف يعزفـون لحنـا جنائزيـا يسـبب الآلام والأحـزان ويشـيع فى الحضـور – أى الشـخص قبـل الآخـر – حالـة

مـن الضيـاع والتشـتت والإكتئـاب بـل وربمـا التفكـير الجـاد في الانتحـار خاصـة وأن لديـه ملفـات منتفخـة من الفحـوص والتحاليل والاشـاعات بل (والروشـتات) وان هـذا الجسـد قـد (تعاطـي) مئات من العقاقـير المتنوعة بـل وربمـا المتعارضـة وهـا هو الالام ترفـض مبارحتـه أو الرحيل بعيـداً عنه فمتـي تنتهـي المأسـاة ويعود سـليما كما كان قبل أن يدخـل في هذا المعترك الـذي يبـدو في الافـق أنـه ليس لـه نهاية حتـي الآن؟.

ولذا فقد جاء هذا الكتيب ليشمل جزءين

الجزء الأول : التأصيل النظرى : ويشمل الفصول الآتية

الفصل الأول : مدخل إلى تاريخ الإضطرابات السيكوسوماتية.

الفصل الثانى : مدخل إلى تعريف الإضطرابات السيكوسوماتية.

الفصل الثالث : العلاقة بين النفس والجسم.

الفصل الرابع : الإنفعالات والإضطرابات السيكوسوماتية.

الفصل الخامس : نماذج من الإضطرابات السيكوسوماتية.

الجزء الميدانى : دراسـة ميدانية بعنوان : الإضطرابات السيكوسـوماتية وبعـض متغـيرات الشـخصية والعوامـل الديموجرافيـة لـدى مـرضي السـكر مـن النـوع الثانى.

ونرجـــوا أن نكـــون قـــد حاولنـــا أن نخطـــى بالعلـــم خطـــوات

قليلة فى مجال الفهم الأفضل لهذه النوعية من الإضطرابات.

ولـذا فـأن هـذا الكتيـب سـيكون جـد مفيـد لجميـع المتخصصـين في العلـوم الانسـانية وخاصـة الطـب النفسي وعلـم النفـس وكل مـن يتعامل مـع النفـس الانسـانية . وكـذا سـيكون هـذا الكتيب مفيـد للقـاريء المهتم بالمعرفـة والجـاد في اتخـاذ خطـوات لفـض المجهلـة بالنفـس الانسـانية.

والله من وراء القصد

أ.د / محمد حسن غانم

كتابة أولي : 2 / 6 / 2014م

قراءة أولي : 10 / 9 / 2014م

قراءة ثانية : 26 / 12/ 2014م

محتويات الكتاب

الجزء الأول

التأصيل النظري

الفصل الأول

مدخل إلى تاريخ الإضطرابات السيكوسوماتية

محتويات الفصل

الفصل الأول

مدخل إلى تاريخ الإضطرابات السيكوسوماتية

مقدمة :-

لعل الإضطرابات السيكوسومائية يعبر عنها حديث الرسول – صلى الله عليه وسلم – "مثل المؤمنين فى توادهم وتراحمهم كمثل الجسد الواحد إذا إشتكى منه عضو تداعى له سائر الجسد بالسهر والحمى" ومعنى ذلك أن الجسد – رغم تعدد أعضاءه – إلا أنه يعمل مثل (الفريق الموسيقى) هارمونى وأن الإرتفاع فى (النغمة) هنا يقابله هدوء فى نغمه أخرى وهكذا.

لكن هذه العلاقة بين النفس والجسم لم تكتشف مثلا منذ وجود الإنسان على سطح الأرض ولكن تم إكتشاف العلاقة بعد أن تراكمت العديد من الملاحظات حول هذا الأمر.

وقبل أن نخوض فى غمار الآراء التى أكدت ولاحظت العلاقة بين النفس والجسم يجب أن نشير أولا إلى : -

* إن كلمة سيكوسوماتك Psychossmatic كلمة إغريقية تتكون من شقين أو مقطعين هما Psycho بمعنى النفس، و Soma وتعنى الجسد أى العلاقة الوثيقة بين النفس والجسم مع الأخذ فى الإعتبار أن هذه العلاقة كانت – ومازالت وستظل – مثار إهتمام العلماء والباحثين والبشر فى كل الأعمار والأماكن.

(Kaplan & Sadock, 1981, p. 590)

تاريخ الإهتمام بالإضطرابات السيكوسوماتية : -

* لـو تتبعنـا التاريـخ الـذى تـم فيـه الإشـارة أو ملاحظـة العلاقـة بـين النفـس والجسـد فـإن المؤرخـون يتفقـون عـلى الأمـور الآتيـة : -

* يعـد **جـورج بيكـر** (1755)أول مـن أشـار إلى العلاقـة بـين الجسـم والنفـس وذلـك خـلال محـاضرة لـه ألقاهـا فى جامعـة (كمبريـدج) حيـث ذكـر – مـن خـلال الأدلـة والملاحظـات- عن وجـود إرتباط بين صحـة الفرد العقليـة (التفكـير والتصـور والتخيـل) وبـين حالـة الجسـم.

* فى عـام 1818 قـدم **هيـنروث** Heinroth مصطلـح سيكوسـوماتك Psychosomatic حيـث لاحـظ أن إنفعالات الفرد الحـادة تؤثر تأثيرا ضارا فى حالـة الجسـم .. عكـس حـال الفـرد حين تكـون إنفعالاته هادئة وتتسـم بالتفـاءل والهدوء.

* فى عـام 1931 وصـف **Thachrah** التأثـير الضـار للضغـوط Stress عـلى حالـة الفـرد الجسـمية والعقليـة. ذلـك لأن الضغـط يمثـل قـوة عاتية قـد تجعـل الفـرد يشـعر (بالعجـز) وعـدم القـدرة عـلى (المواجهـة) مـما يجعـل فكـره منشـغلا وقلقـا ومتوتـرا وربما متشـائما وكل هـذه الإنفعالات تنعكـس سـلبا على الجسـم والعقـل، ذلك لأن القلـق والتوتر (يبـدد) طاقة الفـرد فيجعلـه يشـعر بالإعيـاء والتمـزق مما يجعلـه عاجزا عـن القيام بأى عمـل، أو حتـى الدخـول فى علاقـة إنسـانية طيبـة (سـواء مع نفسـه أو مع الآخر).

(Sandersd, 1996)

وإذا كان ما سبق يعد بداية التاريخ العلمى للإهتمام بالإضطرابات السيكوسوماتية إلا أن تاريخ الإنسانية حافل بالآراء والإجتهادات التى حاولت أن تسبر أغوار هذه الظاهرة وتؤكد عليها. وسوف نستعرض فى عجالة لبعض من هذه الإجتهادات.

فى المجتمعات البدائية : كان إذا حدث وإختل سلوك إنسان وأصبح (يضحك) بلا سبب أو (يبكى بلا سبب) أو يأتى بتصرفات غريبة فكان يتم (رد ذلك) إلى أرواح شريرة قد تلبست الفرد أو أن (غضبا من الآلة) قد (حل) بالفرد فقام بمثل ما يقوم به الآن من سلوكيات (شاذة وغريبة) .. وبما أن (التفسير بالعلل) غريب فكان أيضا الأساليب العلاجية فى هذا الشأن جد غريبة. إذ وجدت (الحفريات) جماجم مثقوبة .. وكان يتم ثقب الجماجم للأفراد وهم أحياء .. لماذا؟ حتى يتم إخراج (الجان والأرواح الشريرة) التى تلبستهم .. ثم جاء فى مرحلة أخرى فإعتقدوا أنه مع ثقب الجمجمة بهدف إخراج الجان فإن (الجان) من الممكن أن يقفز من الشخص الذى كان يتلبسه إلى شخص آخر كان يحاول علاجه .. ولذا جاءت الفكرة بضرورة أن (يقوموا) بحرق الشخص وضربه حتى يخرج الجان الذى تلبسه أو أن (الجان) بعد (الطريحة المحترمة من الضرب) فإنه لن يكون قادرا على إختراق (جمجمة وعقل شخص آخر) (وللأسف ما نزال حتى الآن نقرأ في صفحة الحوادث في الجرائد السيارة عن أشخاص قد لقوا حتفهم على يد معالجين شعبيين قد قاموا

بضرب ضحاياهم والهدف ليس إيذاء الشخص (الذى لقى حتفه بالفعل) بل كان المعالج (والدجال - سمه ما شئت المهم النتائج) يعذب ويريد إخراج الجن الذى تلبس الشخص فلقى الشخص مصرعه وهو - أى المعالج - لم يك يقصد ذلك.

ثم جاءت فكرة خيالية بعد ذلك - وهي فكرة سفينة المجانين والتى كانت تهدف إلى وضع كل من إختل عقله أو أضطربت نفسه أو شاذ فكره فى سفينة ثم يتم (إبعاد) أو (إبحار) السفينة بعيدا عن الشاطئ حتى إذا تعمقت السفينة فى اليم فإن هؤلاء الأفراد يلقون حتفهم مع الجدير بالذكر أنه ظل لفترة طويلة يسيطر على الفكر الإنسانى (فكرة) أن البحار، والمحيطات مسكونة بالأرواح، والأشباح، والجان والكائنات الغامضة ولعل مصطلح (بحر الظلمات) خير معبر عن ذلك، بل لو تعمقنا قليلا فى تاريخنا المصرى مثلا سنجد (عروس النيل) حيث كان يتم إختيار فتاة جميلة ثم إلقاءها فى اليم - أو النيل - حتى يتجنب المصريون غضب البحر من ثورة وتمرد وإغراق كل ما يعد حى سواء نبات أو إنسان أو حتى إغراق المنازل وهدم الجسور، ومن الغريب أن الإسلام حين دخل إلى مصر،، وجدنا سيدنا عمر بن الخطاب قد أقر هذه العادة (المصرية الأصيلة والتى ليس لها نظير فى العالم أجمع) في هذا الوقت تحديدا.

(أنظر فى هذا الصدد : محمد حسن غانم، 2008، محمد حسن غانم 2010، Rees, 1983).

* **المحطة الثانية** : أنه فى عام 400 ق.م تقريبا كان

هيبـو قـراط Hippocrats أبـو الطب قد إسـتطاع أن يشـفى ملك مقدونيا (برديـكاس) مـن مرضـه الجسـمى .. حيـث كان يعـانى من إختـلال وإجهاد وإضطـراب جسـمى، وتشـتت عقـلى يمنعـه مـن إدارة (مملكتـه) على خير وجـه. وحـين تـم إسـتدعاء (هيبـو قـراط) وبعد محادثـة وحـوار توصل إلى حقيقـة خلاصتهـا أن (برديـكاس) تنتابـه كوابيـس إبـان نومـه . وأن هـذه الكوابيـس تثـير إنفعالاتـه الحادة والعنيفة والسـيئة .. ولذا فقد فطن – أبو الطـب هيبـو قـراط – إلى ضرورة أن يقـوم (بفـك ألغـاز هـذه الكوابيس أو الأحـلام) مسـتبصرا بوعيـه الثاقـب عن وجود علاقـة بين هـذه (الكوابيس) وهـذه الحالـة الجسـمية المرهقـة والعليلـة .. وبالفعـل بعـد تحليـل لهـذه الكوابيـس وفـض (غموضهـا) عاد (برديـكاس) إلى حالته الأولى من النشـاط والتركيـز والإنتباه.

ومـا سـبق يكشـف – وبوعـى ثاقـب – حقيقـة العلاقـة بـين النفـس والجسـم وطبيعـة العلاقـة بينهـما.

* أيضـا لا ننـسى إسـهامات أبـو الفلسـفة **سـقراط** ذلـك الـذى كان يناقـش الأفـراد ويدعـى الجهـل حتـى يولـد الأفـكار لـدى الأفراد (أشـبه ما يكـون الان بالعصـف الذهنـى) حتـى يسـاهم فى (بلـورة الفكـر فينعكـس ذلـك إيجابـا عـلى الجسـم.

* كـما ذهـب **أرسـطو** إلى أن الإنفعـالات تلعـب دورا لا يمكـن إنـكاره عـلى حالـة الفـرد الجسـمية. وأفـاض فى شرح تأثـير إنفعـالات الغضـب والخـوف (كنـماذج لإنفعـالات سـيئة) والفـرح والسـرور (كإنفعـالات إيجابيـة) مؤكـدا عـلى حقيقـة خلاصتهـا

أن كل وأي إنفعال يحدث تغييرات فى (كيمياء) الجسم مما ينعكس – فى نهاية الأمر سلباً أو إيجاباً – على جسم الفرد – وسوف نفرد لاحقا فصل لتناول أثر الإنفعالات فى الجسم بل وإمكانية الإصابة بالعديد من الأمراض والإضطرابات الجسمية المزمنة مثل الإصابة بالسكرى أو القلب .. الخ (يوسف كرم، 1958، 153).

* وتتواصل المسيرة ليظهر فى القرن الثانى الميلادى نظرية **جالينوس** وهى النظرية المعروفة بنظرية (الروح الحيوانى) والتى فسرت بمقتضاها الظواهر الحيوية فى الجسم الإنسانى والصلة بينهما، وبين بعض الظواهر النفسية والتى ظل معمولا بها مع قليل من التحوير حتى القرن الثامن عشر، وفى هذه النظرية تعتبر الأعصاب أنابيب دقيقة التركيب متصلة مباشرة بالأوعية الدموية الشعرية بحيث لا يصل من ذرات الدم إلا أكثرها حرارة وحركة ولطافة، ومن هذه الذرات الدموية الشديدة الحركة، والحرارة، واللطافة يتألف الروح الحيوانى. ولقد وضح تأثير هذه النظرية الفسيولوجية فى الإنتباه والتى وضعها بلانتر Blanter عام 1772.

(محمود السيد أبو النيل، 1994، ص 120).

* وظهرت بعد نظرية الروح الحيوانى فى تفسير العلاقة بين النفس والجسم نظرية أخرى هى نظرية : **الموازاه بين الجسم والنفس** والتى تعتبر الظواهر البدنية ظروف أو شروط للظواهر النفسية، كما أن التغير فى أحدهما يتبعه

تغير فى الجانب الآخر.

وهكذا تتواصل التفسيرات التى تؤكد طبيعة العلاقة بين النفس والجسد، وهى علاقة عضوية وأساسية لا يمكن أبدا إنكارها ولذا فإن البناء الجسمى (بكافة محتوياته) وكذا الجانب النفسى (بكافة محتوياته) غير منفصلين بل يجب النظر إليهما على أساس أنهما وحدة واحدة وان حدوث تغير سلباً أو ايجاباً - في احدهما ينعكس فورا علي الجانب الاخر.

ولذا فقد تظهر الإضطرابات السيكوسوماتية نتيجة للإضطرابات الإنفعالية. (أحمد عزت راجح، 1964، 167).

بمعنى آخر أن الفرد حين يتعرض لموقف يثير إنفعال معين فإنه يستجيب ككل. فالإنسان يتحرك ككل ويدخل فى الموقف المثير ككل أيضا، وعندما يتعرض الفرد لموقف مثير للإنفعال فإن رسالة أو إشارة حسية تصل إلى أحد المراكز داخل لحاء المخ يسمى (الهيبوثلاموس) Hypothalamaus فى هذا المركز تقوم المثيرات العصبية بإرسال نمط إما غريزى أو متعلم من أنماط السلوك عن طريق إرسال رسائل عصبية إلى العضلات المختصة، كما أن المثيرات العصبية أيضا تذهب إلى المراكز العليا فى المخ وتؤثر فى العمليات الفسيولوجية المتصلة بالإنفعال، كذلك تهبط هذه المثيرات إلى الجهاز العصبى المستقل أو الذاتى، هذا المركز هو الذى يتحكم فى التغيرات الفسيولوجية فى الإنفعال (عبد الرحمن العيسوى، 2004، 285).

* مـن الجديـر بالذكـر أن **العـرب** قـد فطنوا إلى مـا للأعراض النفسـية (قلـق – خـوف – إكتئـاب ... الـخ) مـن أثـر فى إحـداث تغـيرات فى البـدن، فقـد أشـار الأطبـاء وخاصـة (ابـن عيـسى المجـوسى) وابـن سـينا، وأبـو بكر الـرازى ... وغيرهـم إلى الإشـارة إلى الجوانـب النفسـية فى إحـداث العديـد مـن التغـيرات فى الجانـب الجسـمى فهؤلاء العلـماء كانوا فى الأسـاس أطباء .. وقـد نجحـوا فى عـلاج كثـير مـن الأمـراض العقليـة والبدنيـة مسـتخدمين العديـد مـن أسـاليب العلاجـات النفسـية والتـى أفـادت بـلا شـك فى علاج عـلات البدن.

(فرويد، 1958، ص ص 7، 8).

وسوف نسوق فى هذا السياق مثالين :

الأول : جـاء فى كتـاب ابـن سـينا "الأصـل والعـودة" .. كانـت مريضـة فى بـلاط الملـك إذ كانـت منحنية لأسـفل لرفـع الأكواب والأطبـاق فأصيبت بتصلـب مفاجـئ فى المفاصـل، وصـارت غـير قـادرة عـلى أن تأخـذ الوضـع الطبيعـى في الوقـوف، ولم يسـتطع أطباء الملك حيالها شـيئا، فرجعوا للعلاج النفـسى، وجعـل ابـن سـينا إنفعـال الخجـل أحـد وأهـم أدواتـه العلاجيـة فـماذا فعـل هـذا العـالم الجليـل؟ بـدأ برفـع ملابسـها بادئـا بالبرقـع حتـى الخـمار وهكـذا فأنتج ذلـك وهجا من الحـرارة أوقفت المـزاج الروماتيزمى ووقفـت المريضـة معتدلـة كاملـة (حتـي لايواصـل المعالـج رفـع أو خلـع باقي ملابسـها).

الثـانى : أن الطبيـب الـرازى قـد دعـى إلى (ترانواكسـيان) ليعالـج الأمـير منصـور الـذى كان يشـكو مـن أمـراض روماتيزميـة

فى مفاصلـه، فلـما وصـل نهـر (أوكسـيس) خـاف عبـوره فى القـارب مـع جنـود الأمـير فإضطـروه للعبـور. ولمـا دخل الـرازى بخارى بلـد الأمير جرب طرقـا عديـدة لعلاجـه دون أن ينجـح وقـال لـه آخـر الأمـر : سـأجرب غـدا طريقـة جديـدة سـتكلفك خـير حصـان وخـير بغـل فى حظيرتـك. وفى اليوم التـالى ركبـا الـرازى والأمـير وذهبـا إلى حـمام سـاخن خـارج المدينـة، وربط الحصـان والبغـل خارجـه ثـم دخـل الحجـرة السـاخنة وحـده مـع مريضه الـذى وضعـه تحـت المـاء السـاخن عـدة مـرات وسـقاه جرعـة كان قـد أعدهـا "ليسـقيها لـه" كـما يقول الـرازى "عندما يجـئ الوقت الـذى تنضج فيـه الأخـلاط التـى فى مفاصلـه" ثـم خـرج ولبـس ثيابـه ودخـل ثانيـة وفى يـده سـكين ووقـف برهة يسـب الأمـير .. ويهـدده بالقتـل .. فغضب الأمير غضبـا شـديدا وثـارت ثائرتـه وهـب واقفـا عـلى قدميـه مدفوعـا بالغضب مـن جهـة والخـوف من جهة أخـرى، فأسرع الرازى هاربا ثم أرسـل رسـالة للأمـير قائـلا "أنـه قد عمـد للعلاج النفـسى ولمـا تعرضت الأخلاط الفاسـدة لحـرارة الحـمام السـاخن إلى الحـد الـكافى أثرتـك عامـدا حتـى أزيـد مـن حرارتـك الطبيعيـة وبذلـك إكتسـبت مـن القـوة مـا يكفـى لإذابـة الأخلاط التـى كانـت قد لانـت ..".

(محمود أبو النيل، 1994، 123 – 124).

ولعـل المثالين السـابقين يؤكـدان حقيقة أن الأطبـاء العرب كانت لهم أدورا رياديـة فى التعامل مع الأعراض والأمراض السيكوسـوماتية.

* إن مفهـــوم **الطـــب النفـــسى** قـــد أدخـــل فى العـــلاج الطبـــى

العام مع إعادة إستخدام مصطلح (سيكوسوماتى) عن طريق "دويتش هيلين، دنبار وفرانز الكسندر وآخرين.

(Deutch. F, Dunber, H.F, Alexander, and other).

وقد أكدوا - كما سبق وأشرنا - إلى أن الفرد وحدة واحدة، وأن إختيار جانب من الفرد للدراسة إنما يعد تجزيئا الهدف منه الشرح والتوضيح وليس الواقع العلمى العملي ذلك لأن الإنسان كيان واحد بكل ما يشتمل عليه من أجزاء ومكونات، وأن أى جزء يؤثر سلبا أو إيجابا فى الأجزاء الأخرى خصوصاً بعد أن أدخل دويتش Deutch مفهوم السيكوسوماتى فى التحليل النفسى مع الإعتراف بتأثير هذه الصراعات الجسدية النفسية وتأثير اللاشعور على وظائف العضو، وقد إفترض دويتش أن الإضطرابات السيكوسوماتية لا يتم علاجها عن طريق أعراضها الظاهرة فحسب بل لابد أن يتضمن معرفة أسباب المرض وخلفيته وعلاجها .. مع ضرورة التعامل مع الصراع النفسى والذى يكمن فى الغالب خلف هذه الأعراض أو الأمراض.

(Sills. 1962, P. 37 – 40).

ولذا فإن الإضطرابات الإنفعالية - أى الإنفعالات الحادة يجب - تؤخذ فى الإعتبار ذلك لانها تلعب دوراً أساسيا فى التعجيل ببداية حدوث الأعراض أو عودتها أو تفاقمها، كما أن هذه الاضطرابات تكون مرتبطة بإضطرابات مماثلة لدى الفرد فى فترات مختلفة من حياته.

(Egsenck, 1972, P. 882).

وقـد أدُخلَّـت الإضطرابـات السيكوسـوماتية إلى مجـال الطـب النفسى وتسـمى الآن – حسـب التصنيف العالمى – إضطرابات إنفعالية وسـلوكية، ثانويـة ومصاحبة لإضطرابات فسـيولوجية، حيث أن لفظ (سيكوسـوماتية) يعنـى إزدواجيـة الجسـم مـن النفـس، وحيـث أن النفس جزء من الجسـم والمـخ ولذا لا يصـح إنفصالهما.

والإضطرابـات السيكوسـوماتية هـى إضطرابـات عضويـة يلعـب فيهـا العامـل الإنفعـالى دوراً مهـما وأساسـيا وعـادة مـا يكـون ذلـك مـن خـلال الجهـاز العصبـى الـلاإرادى.

(أحمد عكاشة، 2008، 643).

واقع الإضطرابات السيكوسوماتية الآن :

أصبح الآن الواقع كالآتى : -

أ – أن البحـوث العالميـة – الآن – تؤكـد عـلى وجـود تفاعـل وتغذيـة رجعيـة بـين العوامل النفسـية والجسـدية والبيئيـة إلى الحد الـذى يصعب معـه معرفـة العامـل الرئيـسى المسـبب للمرض.

(Wolberg., 1982, P. 2260) .

ب – أن مسـألة الفصـل مـا بين الأمـراض العضوية والأمراض النفسـية لم يعـد موجـوداً الآن حيـث سـاد الفصـل التعسـفي ذلـك عـلى السـاحة العلاجيـة / الطبيـة لفـترات طويلـة.

جـ - يـــرُّ الآن الطـــب الحديـــث معظـــم الأمـــراض الجســـدية إلى العامـــل النفـــسى (وضرورة التنقيـــب عنـــه) لأنـــه يلعـــب الـــدور الرئيـــسى فى نشـــأة هـــذه الأمـــراض .. وأن العامـــل النفـــسى قـــد

يلعـب دوراً فى تغذيـة دفاعـات الفـرد وقـد (يلعب دوراً) يـؤدى إلى إنهيار مقاومـة الفرد.

(أحمد عكاشة، 1998، ص 609).

د – بـل قـد توصلـت الملاحظـات والدراسـات المتعمقـة إلي اظهـار حقيقـة إن الكثـير مـن الأمـراض التـى تأخـذ شـكلا عضويا مثل : فيروسـات الكبـد والسرطـان – كمثـال – أصبـح يتـم التعامـل معهـا الآن عـلى ضرورة أخـذ العامـل النفـسى فى الإعتبـار لدرجـة ذكـر أن الجسـم يسـتطيع عـن طريـق أجهزتـه المناعيـة التخلـص مـن فـيروس C تمامـاً عنـد بـدء الإصابـة لـدى أكـثر مـن 18% من المـرضى ذلك أن تطـورات المرض بعـد ذلك تعتمد عـلى قـدرة أجهـزة المناعـة عـلى إحبـاط محاولـة تزايـد أعـداد الفيروسـات وقدرتهـا التدميريـة البطيئـة عـلى الكبـد.

هــ - كذلـك السرطـان إذا أصيـب المريـض بالسرطـان يرتفـع عـدد ضحايـا (T – الـكابى) فتنخفـض قـدرة المناعـة وهو يشـجع علي اسـتفحال وتوحـش السرطـان.

وقـد نبـه الكثـير مـن الباحثـين إلى التأثـيرات المرضيـة للإنفعـالات المزعجـة (القلـق – الإكتئـاب – قلة الحيلة) عـلى إرادة الحياة لدى المرضى، كـما تؤثـر أسـاليب المواءمة على جهاز المناعـة إذا ما تعـرض الفرد لأحداث وضغوط شـديدة.

(محمود عطية، جبر محمد جبر، 2005، ص 90).

والخلاصة : -

أن الإنســـان – منـــذ القـــدم – قـــد عـــرف العلاقـــة مـــا بـــين

النفـس والجسـد وإن كان قـد خفـت حـدة هذا الإهتمام فى فـترات معينة حـين تـم الفصـل الحـاد بـين مـا هـو جسـمى ومـا هـو نفـسى .. الآن عـاد الإعتقـاد بقـوة نظـرا لأن هـذه هـى طبيعة الأشـياء.

وضرورةأخـذ الحالـة النفسـية في الاعتبـار، لأنـك كلـما كنـت متفـاءلاً كلـما سـاعدت جهـازك المناعـي عـلي العمـل. والامـل والتفـاؤل والثقـة في اللـه تزيـد مـن صلابتك مـما يفتح المجال للشـفاء. وقد لاحـظ العلماء أيضاً أنـك إذا جلسـت مـع مجموعـة مـن الأفـراد وكان بينهـم مـن هـو مصابـا بالـبرد ووضعـت في نفسـك أنك لامحالة سـوف تصاب بالعـدوي فأنك فعلا سـوف تصـاب عكـس شـخص آخـر لم يهتـم بهـذا الأمر.

مراجع الفصل الأول

أولا : المراجع العربية :

- أحمد عزت راجح (1964) : **الأمراض النفسية والعقلية : أسبابها وعلاجها وآثارها الإجتماعية**، القاهرة: دار المعارف.

- أحمد عكاشة (1998) **الطب النفسى المعاصر**، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية.

- سيجموند فرويد (1958) : **معالم التحليل النفسى**، ترجمة : محمد عثمان نجاتى، القاهرة : مكتبة النهضة المصرية، الطبعة الثالثة.

- عبد الرحمن العيسوى (2004) : **أمراض العصر** : الإسكندرية : دار المعارف الجامعية.

- محمد حسن غانم (2008) : **العلاج النفسى الجماعى**، الإسكندرية، المكتبة المصرية.

- محمد حسن غانم (2010) : **علم النفس الأكلينيكى: التقييم – التشخيص – العلاج**، الإسكندرية : المكتبة المصرية.

- محمود السيد أبو النيل (1994) : **الأمراض السيكوسوماتية فى الصحة النفسية**، بيروت : دار النهضة العربية.

- محمود عطيه / جبر محمد جبر (2002) : **علاقة الذكاء الوجدانى بالأعراض النفسجمية**، مجلة بحوث كلية

الآداب جامعة المنوفية، ع (20) ص ص 3 – 82.

- يوسف كرم (1958) : تاريخ الفلسفة اليونانية، القاهرة لجنة التأليف والنشر والترجمة.

ثانيا : المراجع الأجنبية

- Kaplan, I & Sadock, B (1981) : **Modren Synopsis of Comprehensive text foot of Psychiatry**, III, Third Edition, U.S.A. the Williams & Wilkins Compang.

- Sanders, D, (1996) : **Counseling for Psychology Problems,** Sage Publications. ltd.

- Rees, F. (1983)m : **The Development of Psychosomatic Medicindring** the Post 25, Journal of Psychosomatic, vol 27, 2. Pp. 2010 – 2015.

- Sills, D. (1962) : **International Encyclopedia of the Sociol Science**, Vol, 13. No, 4. The Macmillam Compang and the Free Press.

الفصل الثاني

مدخل إلى تعريف

الإضطرابات السيكوسوماتية

محتويات الفصل

الفصل الثاني

مدخل إلى تعريف الإضطرابات السيكوسوماتية

مقدمة :

العلاقة بين النفس والجسم لا تحتاج إلى دليل ورغم ذلك فقد ساد التيار الغالب لفترة متمثلا فى الفصل التام بين كل ما هو جسمى وما هو نفسى .. عكس فترة ساد فيها الإلتحام والنظرة الكلية إلى جميع جوانب الإنسان.

ولذا لا عجب إذ كان يطلق قديما على الطبيب لفظ (حكيم) والحكيم هو الشخص الذى يلم بجميع أعراض الجسم والنفس والعقل ويأخذ (هذه الأعراض) فى الإعتبار عكس التيار الذى ساد الآن (تميز بالتخصص الدقيق لدرجة أن (طب الأسنان) مثلا قد تحول إلى عددا من التخصصات مثل : جراحة الفم ، وتقويم الأسنان، وحشو وتركيب الجذور ... الخ .. وتحول الأسنان – من خلال تفتيت هذا التخصص إلى أجزاء يتم تناولها عبر تخصصات مختلفة فى كليات الطب الآن، صحيح أن الطالب يدرس جميع التخصصات فى السنوات الأولى (بما فى ذلك علم الفارماكولوجى) أو الأدوية وتأثيراتها على كافة جسم الإنسان, أو صحيح أيضا أن (التخصص) الدقيق يتم قبيل الإنتهاء من دراسة الطب .. أو فى العامين الأخيرين إلا أن النظرة الكاملة والشاملة للشخص (على أساس أنه جسد ونفس وعقل ووجدان وإرادة) كل هذه الجوانب تؤثر فى بعضها البعض وتنعكس سلبا أو إيجابا، بدلا من النظرة التى ترى أن

الإنسـان (جـزر منعزلـة لا رابـط بينهـا .. وإنك إذا إشـتكيت مـن (الأنف) فـلا يعنينـا أخـذ مجموعـة مـن الإحتـمالات الأخـرى فى الإعتبـار وفى مـكان بعيـد يمكـن أن تتسـبب أو تكـون كامنـة خلـف هـذا الإلتهاب.

ولعـل الأمـراض النفسجسـمية أو السيكوسـوماتية تسـخر مـن هـذا الفصـل التعسـفى بـين تجزئـة (الإنسـان) إلى جسـم ونفـس، لأن مـا هـو جسـمى يؤثـر فى النفـس، وأن النفـس ومـا يعتريهـا مـن قلـق وإكتئـاب وإنفعـالات سـيئة سـوف ينعكـس بـلا شـك فى الجسـد ووظائفه. ولـذا كان (العامـة) لم يذهبـوا بعيـداً حـين كانوا يقوموا بوصف الفرد بأنه (شـوية دم إذا تعكـر - لا قـدر اللـه) فإنـه قد يصـاب بالعديـد من الأمـراض العضوية الخطـيرة ولـذا كانـت تـأتي النصائـح ومازالـت بـأن لاتنـام وأنـت غاضـب، أو حزيـن، أو منفعـل لأن الواقـع قـد أفـرز العديـد مـن الحـالات المرضيـة الخضـيرة جـراء النـوم والشـخص محمـل بـكل هـذه الانفعـالات الحـادة والسيئة.

ولـذا فـإن العوامـل النفسـية تلعـب دوراً هامـاً وكبـيراً فى الإضطرابات الجسـمية. ولـذا فـإن (فلورنس دينار) لم تذهـب بعيـداً حين ألقت صيحتها - الحكمـة (الشـهيرة) : "**لا طبيـب حـق دون أن يكون عالمـاً بالنفس**".

ويجـب أن لا تنخـدع مهـما كانـت الأمـراض عضويـة، لأن هـذا المرض فى حـد ذاتـه قـد لا يكـون له (دلالـة ورمز) إلى عوامـل نفسـية. فالعن (أى فقـد القـدرة عـلى الجـماع) قـد يكـون له عوامـل متعـددة مثل : -

أ – نتيجة عوامل إنفعالية حادة.

ب – وجـود مـرض فى شرايـين القضيـب تحـد مـن كميـة الـدم التـى تـسرى فيـه فيسـتحيل عليـه أن ينتصـب.

جـ - قد تكون العنة نتيجة لوجود مرض البول السكرى.

د – أو قـد تكـون نتيجـة وجود مجموعـة من (الأفكار غـير العقلانية) عـن الجنس وعـن الشريك الآخر (المـرأة مثلا).

وبالتـالى حـين يتـم فحـص (مريـض) مـا لابـد أن نأخـذ (العوامـل النفسـية) فى الإعتبـار، وأن هـذه الطائفـة مـن الأمـراض إنمـا تفـرض عـلى جميـع التخصصـات العـودة مـرة أخـرى إلى ضرورة تبنـى النظريـة الكليـة فى النظـر إلى الإنسـان وإلى جميـع وظائفـه، وضرورة الإيمـان (المطلـق) بالتفاعـل الدائـم والديالكتيـكى بـين مـا هـو نفـسى ومـا هـو جسـدى، وأن مسـألة (الفصـل) بـين أجهـزة الجسـم والتخصـص الدقيـق فيهـا إنمـا قـد يجلـب مـن الأضرار أكـثر مـما يجلـب مـن المنفعـة للفـرد.

وسـوف نحـاول فى هـذا الفصـل أن نقدم مجموعة مـن المفاهيم حول هـذا التخصـص الهـام مـن فـروع علـم النفـس والـذى يجمـع ما بـين عدة تخصصـات سـواء أكانـت نفسـية أم طبية (قـد تحتوى جميـع التخصصات والفـروع المعروفة).

وقبـل أن نمـضى فى سرد العديـد مـن التعريفـات التى قدمـت لمفهوم : الإضطرابـات النفسجسـمية يحسـن بنـا أن نورد الملاحظـات الآتية : -

ملاحظات عشر على المفاهيم : -

1 – إن الفكـــر الإنســـانى ظـــل لفـــترة طويلـــة يطلـــق عـــلى

هـذه الطائفـة مـن الأمـراض إسـم الأمـراض النفسجسـمية حيـث لوحـظ أن العوامـل النفسـية تلعـب الـدور الحاسـم والرئيـسى والأسـاسى فى إصابة أجـزاء وأجهـزة مختلفـة ومتنوعـة مـن الجسـم.

2 – إن إصطـلاح (نفسجسـمية Psychosomatic) كلمـة جديدة نوعاً مـا، فقـد إسـتخدمت لأول مـرة عـام 1922م فى الكتابـات الطبيـة الألمانية، ولكنهـا لم تسـتعمل فى اللغـة الإنجليزيـة حتـى أوائـل الثلاثينيـات (مـن القـرن المـاضى) إلا بعـد أن إسـتخدمتها الدكتـورة (هيلـين فلانـدرز دينـار) فى مؤلفهاالضخـم والكلاسـيكى والأكـثر شـهرة فى هـذا المجـال ألا وهـو : (الإنفعـالات والإضطرابـات الجسـدية) وعـدت هـذا المفهوم مـن المفاهيم العلميـة السـليمة نظـراً لأنـه يعـبر بالضبـط عـن طبيعـة التفاعـل مـا بـين الجسـد والنفـس وخاصـة الانفعـالات الحـادة سـواء أكانـت إيجابيـة أو سلبية .

3 – إن هـذه الملاحظـة للعلاقـة المتبادلـة بـين مـا هـو نفـسى وبـين ما هـو جسـدى ليـس وليـد هـذه اللحظـة (أى 1922) مثلا لأن هنـاك العديد مـن الشـواهد والكتابـات والأدلـة التـى تؤكد فهم بعـض الأفـراد وفطنتهم إلى هـذه العلاقـة وسـوف نكتفـى بإيراد ثلاثة نمـاذج للتدليل عـلى ذلك : -

النموذج الأول :

إنـــه منـــذ 4500 ســـنة قبـــل الميـــلاد ينبئنـــا التاريـــخ أن إمبراطـــور الصـــين الأصفـــر (هوانـــج تى) كان قـــد لاحـــظ أن الإحبـــاط وعـــدم إشـــباع رغبـــات الأفـــراد قـــد يصيبهـــم بالعديـــد

مـن الأمـراض العضويـة وظـل (هوانـج تى) يتتبـع هـذه الملاحظـة لـدى العديـد مـن الأفـراد اللذيـن تعرضـوا للإحبـاط، فى مقابـل تتبـع الأفـراد اللذيـن لم يتعرضـوا لهـذا الإحبـاط أو الخـبرة المؤلمـة فلاحـظ وجـود فروق (ذات دلالـة إحصائيـة) بـين الأفـراد اللذيـن لم يحبطـوا فى مقابـل الأفـراد اللذيـن أحبطـوا وإن (تجربـة الإحبـاط) إنما تهيئ الجسـد للإصابـة بالعديد مـن الأمـراض فضـلا عـن أن الـروح النفسـية (غـير المزدهـرة) تكـون بادية للعيا ن.

النموذج الثانى :

إن الفيلسـوف اليونـانى (هيبـو قـراط) قـد طالـب الأطبـاء أن يلمـوا (بكليـات الأمـور) حتى يسـتطيعوا أن يحققوا شـفاء مرضاهم، وأن مسـألة الفصـل بـين مـا هـو (جسـدى) ومـا هـو (عقـلى) لـن يجـدى ولـن يشـفى المريـض، وأن الجسـم لـن يشـفى دون مراعـاة عـدم الفصـل.

النموذج الثالث :

إن (مارثـن لوثـر) فى العصـور الوسـطى قـد لاحـظ أن "الأفـكار ذات الوطـئ الثقيـل (أي الهـم والفهـم) تـأتى بالأمـراض الجسـدية، وأن الـروح عندمـا تضيـق بالأمـور يشـاركها الجسـد ضيقهـا هـذا، وأن مجـرد (الصراع) وعـدم الحسـم قـد يجر على الفـرد العديد من صور الإضطرابات الجسـدية والتـى هـى فى الأسـاس معانـاة نفسـية وفكريـة. (هـوارد.، & مارثـا لويس، 1975،ص 19).

4 - إن الإتجـاه الحـالى الآن فى الفكـر يفضـل إسـتخدام

مصطلـح : الإضطرابات السيكوسـوماتية Psychosomatic والإسـم مشـتق مـن كلمتين :

الأول : نفـس Psycho وتعنـى العوامـل النفسـية التـى منهـا تبـدأ الإضطرابـات الجسـمية أو تتطـور (إلى الأسـوأ) بسـببها.

الثـانى : الجسـم Soma ويشـير إلى الجسـم بإعتبـاره المجـال العضـوى للتفاعـلات والإنفعـالات النفسـية وهـو الـذى يعـاني ويتـألم ويقـاسي مـن آثـاره إضطرابـات النفـس.

(مجدى زينة، 1994، ص 39)

5 – يوجـد عديـد مـن التعريفـات التـى قدمـت لمفهـوم الإضطرابـات السيكوسـوماتية إلى درجـة أننـا سـوف نقـوم (بتصنيـف) هـذه التعريفات إلى فئـات متعـددة تتفـق عـلى مجموعـة مـن التعريفـات فى خصائـص معينة .

6 – العديـد مـن الإسـهامات والتفسـيرات والاجتهـادات التـى توالـت مـن مـدارس ونظريـات علـم النفـس حـول تقديـم (تفسـير) لأسـباب هذه الإضطرابـات، وطبيعـة العوامـل التـى (تتفاعل) مـع بعضها البعـض وتقود إلى هـذه الإضطرابـات والتـى تحركهـا وتكمـن ورائهـا عوامل نفسـية.

7 – إن الإضطرابـات السيكوسـوماتية تثـير العديـد مـن القضايـا والإستشـكالات مثـل : -

أ – كيـف نفـرق بـين الإضطرابات السيكوسـوماتية والإضطرابات النفسـية (النقية الخالصـة) ؟ وهـل المـرض يختـار ضحايـاه أم أن الأفـراد هـم الذيـن يختـارون المـرض

الذي يتفق وطبيعة شخصياتهم؟!.

ب - كيـف نفـرق بين الإضطرابات السيكوسـوماتية والأمـراض البدنية العضوية (النقيـة الخالصة) ؟

جــ - مـا الـذى يجعـل شـخصا مـا يصـاب بمـرض بعينـه دون باقـى الأمـراض ؟ وهـل المـرض يختـار ضحايـاه؟ أن الافـراد هـم الذيـن يختـاروا المـرض الـذي يتفـق وطبيعـة شـخصياتهم؟!

د – مـا هـى الميكانيزمـات الدفاعيـة فى الإضطرابات السيكوسـوماتية. وهـل هـذه (الميكانيزمـات أو الحيـل) واحـدة فى كل الأمـراض أم تختلـف هـذه الأسـاليب والحيـل مـن مـرض إلى آخـر (ميكانيزمات مـرض السرطان مثـلا تختلـف عـن ميكانيزمـات مـرض الجلـد مثلا).

8 – قضيـة **التشـخيص** خاصـة إذا أخذنـا فى الإعتبـار إمكانيـة تداخـل الأمـراض العضويـة والأمـراض النفسـية فيـما بينهـما تداخـلا كبـيرا. وعـلى سـبيل المثـال نسـتطيع تصور أربـع مجموعات فضفاضة يشـكو فى كل منها المـرضى أو الذيـن يعانـون مـن مشـكلات لهـا علاقـة بالجسـم. وهـى عـلى التـوالى: -

أ – قـد تكـون مشـكلة المريـض الأعـراض الجسـمية فقـط دون غيرها، وفى هـذه الحالـة يصنف مرضـه على المحور الثالث من الدليل التشـخيصى، ويعالـج بالتـالى فى مؤسسـة طبية عامة.

ب – قـد يعـانى المريـض مـن إضطـراب لـه ظواهـر نفسـية وأخـرى عضويـة مثـل خـرف الزهايمـر أو الهذيـان الكحـولى. ويعالـج عندئـذ فى مستشـفى طـب نفـسى أو مستشـفى طبى عـام بالتعـاون وإشراف مختص فى الطـب النفـسى.

جـ - قد تظهر فى المريض "عوامل نفسية تؤثر على الحالة الجسمية" كما يصنفها الدليل التشخيصى الرابع(*) DSMIV (1994) وتتضمن هذه الفئة الأمراض النفسية الجسمية (السيكوسوماتية) القديمة وإن كان هذا المسمى لا يعنى أنها نتجت عن تأثير العقل أو الانفعال على الجسم، وتعالج هذه الحالة بالوسائل البيولوجية والنفسية.

د – قد تظهر على المريض علامات أحد الإضطرابات الجسدية الشكل SOMATOFORM والتى تشمل : -

أ – إضطراب تشوه الجسد Body Dysmorphic Disorder.

ب – إضطراب التحول.

جـ - توهم المرضى.

د – إضطراب التبدين Somatisation.

هـ - إضطراب الألم جسدى الشكل.

ويضاف هذا النوع من الأمراض فى مرضى عديدين يشكون من شكاوى جسمية، دون أن يكون لها أساس عضوى. ويقبل هؤلاء بشغف على العلاجات الطبية فى الوقت الذى يرفضون فيه إستشارة الطبيب النفسى.

(بيتر نوفاليس وآخرون، 1998، ص ص 281 – 282)

(*) ظهر الان الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس٥- DSM عام ٢٠٠٨ ولم يختلف الأمر فيه (أي بخصوص الاضطرابات السيكوسوماتية عما ظهر في الدليل التشخيصي والاحصائي الرابع أو الرابع المعدل.

9 – تثير الأمراض السيكوسوماتية قضية العلاج – فهل تسير الإجراءات العلاجية مهتمة ومركزة فقط على الجانب الجسمى – العضوى، وبعد فترة نبدأ فى التدخلات العلاجية النفسية أم أن العلاجات (العضوى – النفسى – الإجتماعى) يجب وحتما ولابد أن تسير ومعا حتى نتعامل بموضوعية وبرؤية متكاملة منذ البداية.

10 – مستقبل الأمراض السيكوسوماتية يثير العديد من التساؤلات حول : -

أ – ما هو التصور المستقبلى لهذا الفرع من علم النفس والطب النفسى مستقبلا؟

ب – طبيعة الأمراض العضوية أو النفسية التى من الممكن أن ندخلها فى نطاق هذا الفرع من العلم (أو الفرع التي من الممكن أن يتم ضمها مستقبلا).

جـ - إمكانية (التعاون الوثيق) بين التخصصات الطبية والنفسية وربما الإجتماعية والدينية والتأهيلية المختلفة من أجل التعامل بفاعلية مع مشاكل هذا الفرع من فروع العلم.

د – إمكانية الإكتشافات العلمية فى مجال (الغدد الصماء لمعرفة الظروف التى يتم معها وفيها تفاعل المجموعات الهرمونية المختلفة إزاء الشدائد والكروب النفسية وهناك آمال كثيرة واعدة معقودة على مجال (دوائيات الوظائف النفسية) أى التركيز علي دراسة الأدوية وتأثيراتها على الحالات الإنفعالية، ومدى فاعليتها فى علاج الأمراض السيكوسوماتية.

هـ - إمكانيـة سـد الفجوة بـين الطب النفـسى العام والطـب الباطنى العـام حيـث يتـم سـدها الآن مـن عـدة جهـات. فبعـض كليـات الطـب تـدرب الطلبـة فى مجـال الطب النفـسى والطب النفسجسـمى .. فهل تأخذ بهـذه الفكـرة باقـى الكليـات أم أن النظرة (الفصليـة – العنصرية) ما زالت سـائدة ومهيمنـة أم أن مثـل هذا (التغيير) فى الفكـر يتطلب أجيالا وأجيالا.

و – هـل تسـاهم بحـوث (الجينيـوم) والشـفرة الوراثيـة فى فهـم هـذا التكامـل الـذى يجـب أن يكـون بـين جميـع أجهزة الجسـم والنفـس، وهل إكتشـافات الجينيـوم والشـفرة الوراثيـة مـن الممكـن أن تسـاهم فى (منـع) حـدوث العديـد مـن الإضطرابـات مسـتقبلا، سـواء أكانـت أمـراض عضوية أم نفسـية أم عقليـة أو حتـى إنحرافـات سـلوكية ونكتفـى بهـذا القدر من الملاحظات.

والآن إلى **التعريفـات** التـى قدمـت لمصطلـح : الإضطرابـات السيكوسـوماتية : -

التعريفات التى قدمت لمفهوم الإضطرابات السيكوسوماتية: -

نسـتطيع أن نصنـف التعريفـات التـى قدمـت لمفهـوم الإضطرابـات السيكوسـوماتية فى المجموعـات الآتيـة : -

أولا : التعريفـات التـى تركـز عـلى أعـراض وخصائـص الإضطرابـات السيكوسـوماتية :

وتهـض هــذه المجموعــة مــن التعريفــات عــلى حقيقــة خلاصتهــا أن الإضطرابـــات السيكوســـوماتية تنتـــج عـــن عمليـــات ناتجـــة عـــن تفاعــلات معقــدة بــين المــخ وبقيــة أجهــزة الجســم وأن إســتمرار

هـذا التعقـد والتفاعـل ينهـك أعضـاء الجسـم ويقودهـا إلى (الشـلل) أو (فقـدان وظائفهـا) ومـن أهـم هـذه التعريفـات : -

1 – تعريـف الدليـل التشـخيصى والإحصـائى الرابع – لجمعيـة الأطباء النفسـيين الأمريكيـة للإضطرابـات العقليـة DSMIV, 1994(*) .. حيـث يعـرف الإضطرابـات السيكوسـوماتية تحـت عنـوان : الحـالات الجسـمية (Gale Enc) فهـى إختـلالات وظيفيـة تنشـأ – فى جانـب منهـا عـلى الأقـل – مـن عوامـل نفسـية أو عاطفيـة / وجدانيـة / إنفعاليـة .. ولـذا لابـد على الأطبـاء أن يقـروا بوجـود إسـتعدادات Di Sposations للمـرضى والتـى لاتعنـى حتميـة الإصابـة بـه .. إلا أنـه فى الغالـب تظهـر هـذه الأعـراض عندمـا لا يسـتطيع الشـخص – أو يواجـه عـلى نحـو خاطـئ – أحـداث وضغـوط الحيـاة المؤلمـة والحـادة مثـل : الطـلاق أو مـوت شـخص عزيـز لديـه يكـون قـد إرتبـط بـه وجدانيـا وعاطفيـا وهنـا يتفاعـل الإسـتعداد (الـذى كان كامنـا فى الشـخص / الداخـلى) مـع الآثـار الناجمـة عـن فقدان هـذا الشـخص مثـلا .. وهنـا تحـدث الإصابـة بالإضطـراب السيكوسـوماتى .. كـما لابـد مـن أخـذ العوامـل المجتمعيـة فى الإعتبـار .. فـالأسر الى يسـودها جـو مـن الألفـة والسـعادة والمنـاخ الايجـابي القائـم عـلي الألفـة والـود وحسـن المعـاشرة تقلـل بـلا شـك مـن إسـتعداد وإحتـمال إصابـة

(*) ذكرنا سابقا أن الدليل التشخيصي والاحصائي الخامس قد ظهر عام ٢٠٠٨، والصادر عن رابطة الأخصائيين النفسيين الأمريكية.

أفرادها بالمرض أو الإضطراب مقارنة بالأسر التى يسودها جو من الشحناء والعداء سواء أكان مستتراً أم ظاهراً .. وهكذا لابد من أخذ كافة العوامل سواء داخلية أم خارجية، فى الإعتبار.

2 – تعريف محمود أبو النيل :

ويعرفها بأنها : إضطرابات جسمية مألوفة للأطباء والتى يحدث عن طريقها تلف فى جزء من أجزاء الجسم، أو خلل فى وظيفة عضو من الأعضاء نتيجة إضطرابات إنفعالية مزمنة نظراً لإضطراب حياة المريض والتى لا يفلح العلاج الجسمى الطويل وحده فى شفائها شفاء تاماً نظراً لإستمرار الضغط الإنفعالى وعدم علاج أسبابه (النفسية الحقيقية) إلى جانب العلاج الجسمى (فقط). (محمود أبو النيل، 1972، ص 51).

3 – تعريف دافيزون ونيل Davison, & Nwal :

وهى : مجموعة من الإضطرابات توصف بأنها أعراض جسمية تنشأ عن عوامل إنفعالية حادة ومستمرة، وتتضمن إصابة جهاز عضو واحد (أو أكثر من جهاز من أجهزة الجسم المختلفة) والتى تكون تحت تحكم الجهاز العصبى المستقل أو اللاإرادى، وأن إستمرار الضغط والإنفعال السيئ على الجسم يقود إلى (تدهور فى أجهزة الجسم وشلل تام عن أداء وظائفها) .. وأن المجال ينفتح ويتسع ليشمل العديد من أجهزة الجسم والتى تتبدى فى إصابة عضو أو أكثر.

(Division & Neal, 1978, p. 165)

4 – تعريف جالاتين Gallatin للإضطرابات السيكوسوماتية :

هـي أمـراض تنتـج عـن أسـباب نفسـية، غالبـا مـا تلعـب الضغـوط النفسـية الحـادة دورا كبـيرا فى حدوثهـا، وأن الآلام النفسـية تنعكـس فى حـدوث مـرض أو أكـثر فى أجهـزة الجسـم المختلفـة، وأن الأمـر – فى هـذه الحالـة – لا يقتـصر عـلى جهـاز مـن أجهـزة الجسـم دون غـيره، بـل قـد يشـمل الإضطـراب والتلف جميع أجهزة جسـم الفـرد. (.,Gallatin, 1982 (p. 212

ونكتفـى بهـذا القـدر مـن التعريفـات التـى قدمناهـا للتدليـل عـلى نمـاذج مـن التعريفات التى تركـز فقط على أعراض وخصائـص الإضطرابات السيكوسوماتية.

ثانيـا : التعريفـات التـى تركـز عـلى أن الإضطرابـات السيكوسـوماتية تعـد نتاجـا لإضطـراب نفـسى – إجتماعـى :

وينطلـق أصحـاب هـذا المحـور مـن حقيقـة خلاصتهـا أن الإضطرابات السيكوسـوماتية تحـدث نتيجـة لتعـرض الفـرد لضغـوط نفسـية عاليـة (أى لا يتحملهـا)، كـما أن هـذه الضغـوط دائمـة ومسـتمرة نتيجـة للأزمـات اليوميـة التـى يعيشـها ويعاركهـا الفـرد في معركـة الحيـاة اليوميـة وان الفـرد كلـما انتهـي مـن مواجهـة أزمـة يجـد نفسـه وقـد دخـل في أزمـة أخـري دون فـترة مـن الراحـة يلتقـط فيهـا أنفاسـه، وهـل يوجـد إنسـان لايتمنـي أن يقابـل أي ضغـوط أو أزمـات ولكـن الامـاني شيء وواقـع الحيـاة شـيئا آخـر (وان الريـاح لاتـأتي بمـا تشـتهي السـفن)

وليس كل ما يتمناه المرء يدركه)، وقد ينجح الفرد قليلا فى مواجهة هذه الضغوط والمشاق إلا أن المحور الأساسى والهام هو : فشل الفرد الدائم والمستمر فى مواجهة أحداث الحياة اليومية.

ولذا فإن (إستراتيجية الفرد) فى مواجهة هذه الضغوط لا تتلائم على الإطلاق مع هذه الضغوط، إضافة إلى إمكانية إدراك الفرد (المبالغ فيه) وغير الموضوعى لهذه الضغوط كما تقود فى النهاية إلى (إنهاك) قوى الفرد وتجعله يقع صريعا للإضطرابات السيكوسوماتية والتى تنعكس فى تلف العديد من أجهزة الجسم المختلفة.

وسوف نقدم بعضاً من نماذج هذه التعريفات :

أ – ترى **أنستازى** Anastasi, A أن مصطلح (إضطراب سيكوسوماتى) يطلق بشكل قاطع على تلك الإضطرابات الجسمية التى تلعب فيها المشقة والضغوط النفسية – الإنفعالية دوراً جد هام فى إصابة الفرد وتحويله إلى حالة مرضية ملموسة وواضحة، وأن هذا المصطلح بمعنى أوسع يوضح بجلاء أثر العوامل السيكولوجية على الوظائف الفسيولوجية مؤكدة وجود تأثيرات سلبية على مثل هذه الأجهزة، وكذا وظائف الأعضاء، وأن العوامل الإنفعالية لا يخطأ أحد فى تفسيرها ووجودها الكامن والمؤثر خلف كل هذه (التنوعات) من الإضطرابات التى تصيب أجهزة الجسم، وتصيب (وظائفه) بالشلل والدمار التام.

ب – ويرى ميلون وميلون Millon, & Millon أن

مصطلح : الإضطرابات السيكوسوماتية هى : إضطرابات جسمية ناتجة أو تنتج عن عدم قدرة الفرد (المريض - المصاب بهذه الإضطرابات الجسمنفسية) على تجنب المضايقات أو ضغوط وشدائد الحياة، وأن إضطرابات الجسم تنتج نتيجة أمرين : -

الأول : تراكم هذه الإنفعالات المؤلمة لفترة طويلة.

الثانى : عجز الفرد عن المواجهة الصحيحة - السوية لأزمات وضغوط الحياة، وأن هذا الفشل ينعكس على إصابة العديد من أجهزة الجسم.

(Millon. T. & Millon, R, 1994., p 311)

جـ - فى حين يشير **ريتشارد. م. سوين** Suin. R إلى أن هذه المجموعة من الإضطرابات السيكوسوماتية هى عبارة عن حالات تكون فيها الإضطرابات فى بنية الجسم راجعة أساسا إلى الإضطرابات الإنفعالية، وهذا يؤكد حقيقة العلاقات القائمة والجدلية بين النفس والجسم. وأن الجهاز العصبى المستقل يفشل فى إعداد وتهيئة الجسم لمواجهة حالة الطوارئ الذى يتعرض لها الفرد (آنذاك) مما يؤدى إلى تفجر حالة من القلق يعجز الجسم عن مواجهتها قد تنعكس سلباً على أجهزة الجسم المختلفة.

(ريتشارد. م. سوين، 1979، ص ص 433 - 434)

المجموعة الثالثة من التعريفات :

وينهض أصحاب هذا الإتجاه من حقيقة خلاصتها أن مصطلح (سيكوسوماتى) أصبح يستخدم إستخداما واسعا

فى الوقت الحاضر ومما ساعد على إنتشاره هو الحاجة إلى مصطلح يمكن أن يعكس بدقة تأثيرات الإنفعالات (السيئة والمستمرة – المزمنة) على أعضاء الجسم، ولذا فإن هذا المصطلح قد شاع إستخدامه وأصبح (يسد فراغا) كانت تعانى منه – من قبل – مثل هذه الدراسات وطبقاً لأصحاب هذا الإتجاه فقد إتسع نطاق الأمراض السيكوسوماتية ليشمل أكثر من (40) مرضا عضويا يعانى منه الإنسان.

وكان الطبيب الهولندى (ج جردين) أول من فصل بعض الأمراض الجسمية مثل الربو الشعبى، وتقرح المعدة والقولون عن باقى الأمراض العضوية مؤكداً أن سبب هذه الأمراض – وغيرها – إنما يرجع إلى عوامل نفسية مؤكدة وواضحة ولا تحتاج إلى دليل. (Lipowsk, 1989, pp. 34 – 44)

وسوف نقدم بعضاً من التعريفات للتدليل على وجهة نظر أصحاب هذا الإتجاه :

أ – يريا نستينهور، وراجرنت Nistenhauer & Raegrant إن مصطلح الإضطراب السيكوسوماتى يظهر عندما يتعرض الفرد لموقف مضطرب أو ضاغط فيستجيب على المستوى الفسيولوجى – العضوى حيث ينشط الضغط الإنفعالى للجهاز العصبى اللاإرادى وأن هذا (التحفيز أو التنشيط) يقود إلى العديد من الأضرار العضوية مثل : التقلص العضلى اللاإرادى، زيادة الإفرازات، زيادة التنفس (النهجان)، ومع إستمرار هذا التحفيز وإستمراره فإن ذلك

يـؤدي إلى العديـد مـن الأضرار التـى تنعكـس فى نهايـة المطـاف وتقود إلى (كـف الجهـاز أو عضـو الجسـم) عـن أداء وظائفه.

(Steinhauer & Raearant, 1977 pp. 191 – 193)

ب – فى حـين تعـرف **دائـرة المعـارف النفسـية** أهـم خصائـص هـذه الإضطرابـات السيكوسـوماتية فى : -

1 – وجـود إضطرابـات فى الوظيفـة مـع وجـود خلـل فى أحـد أعضـاء الجسم.

2 – وجـود إضطرابـات إنفعاليـة تقـوم بـدور جوهـرى فى ترسـيب وحـدوث وتكـرار وتفاقـم الأمـراض، وهـذا مـا يميزهـا عـن الإضطرابـات العضويـة الصرفـة.

3 – تتسم هذه الإضطرابات بأنها مزمنة وتتنوع مظاهرها.

4 – كما أنه ترتبط بغيرها من الإضطرابات النفسجسمية الأخرى.

(من خلال : هبة أبو النيل، أيمن عامر، 2006، ص 272)

جـ - تعريف كيف برودمان وآخرين Keev Brodman. et. al

معـدى قائمـة **كورنـل للإضطرابـات السيكوسـوماتية** للإضطرابـات السيكوسـوماتية بأنهـا : زملـة الأعـراض الجسـمية التـى تنشـأ عـن عوامـل نفسـية إنفعالية، والتى قد تتسـبب فى حالة زيادة تصل شـدتها إلى المعاناة مـن مـرض حقيقـى يصيـب عضـو أو جـزءا مـن أجـزاء الجسـم، أو يسـبب

خلـل فى أداء هـذا العضـو لوظيفته، بحيث لا يفلـح فى علاج هذه الأعراض وشـفائها شـفاء تامـا، فى حالـة الإعتماد فقـط على العلاج الجسـمى الطويل وبـدون عـلاج أسـبابه النفسـية، وتنشـأ هـذه الأعـراض غالبا نتيجـة تفاعل عوامـل نفسـية وإجتماعيـة حـادة (مثـل تعـرض الفـرد لضغـوط حياتيـة مزمنـة، أو نظـراً لتبنيـه لأسـلوب حيـاة غـير تكيفـى، أو لإتسـامه بسـمات شـخصية معينـة للوقوع فى هـذه الإضطرابات) مع وجـود عوامل بيولوجية مهيئـة (مثـل ضعـف فسـيولوجى فى أحد الأعضـاء أو وجـود إضطرابات فى الأجهـزة الفسـيولوجية والهرمونيـة ... الـخ). (محمـود أبو النيـل، 2001)

والخلاصـة أن الإضطرابات السيكوسـوماتية هى عبـارة عن إضطرابات جسـمية تحـدث نتيجـة إضطرابـات إنفعاليـة، ولذا فـإن التركيـز فقط على عـلاج (الأعـراض) دون عـلاج (الأسـباب النفسـية الحقيقيـة والكامنة خلف هـذه الأعـراض) لا يجدى.

ولذا فإننا نستطيع أن نستنتج من كل ما سبق الآتى : -

1 – وجود إضطراب أو خلل فى أحد أعضاء أو أجهزة الجسم.

2 – إن هـذا الخلـل قـد يكـون فى (العضـو) أو فى (وظيفتـه) وأن الأمريـن ينتهيـان إلى (شـلل) تـام ودمار لوظيفـة العضو أو جهـاز – أو أكثر مـن أجهـزة – الجسـم.

3 – إن الإضطرابات الإنفعالية السـيئة تلعب دورا جوهريا فى حدوث (خلـل فى وظيفة العضو).

4 – إن مـا يميز الإضطرابات السيكسـوماتية عن الإضطرابات العضوية هو : العامل الإنفعالى (السـيئ، والمتكرر، والمسـتمر والمزمن).

5 – أنـه مـن الممكـن أن تلعـب الضغـوط والأحـداث اليوميـة وفشـل الفـرد فى مواجهـة هـذه الضغـوط الـدور الحاسـم والأكبر فى تدهـور أعضاء الجسم.

6 – إن كل ما سبق يفيد في أمرين : -

الأول : ضرورة التعـرف عـلى إسـتراتيجية الفـرد فى التعامل مع أحداث وضغوط الحياة.

الثـانى : ضرورة أن يسـير العـلاج العضـوى جنبـا إلى جنـب مـع العـلاج النفسى.

تعريف الإضطراب :

بقـى أخـيراً أن نشـير إلى معنـى مصطلـح : إضطـراب Disoredr والـذى يعنـى (وفقـا) **لموسـوعة علـم النفـس والتحليـل النفـسى** (1993) بـأن الإضطـراب (بصفـة عامـة) يعنـى لغويا الفسـاد أو الضعـف أو الخلل، وهـو لفـظ يسـتخدم فى مجـال علـم النفـس الإكلينيـكى بصفـة خاصـة، وكذلـك فى علـم الطـب النفسى، وهو يطلـق على الإضطرابـات التى تصيب الجوانـب المختلفـة من الشـخصية، أى أن هـذا الإضطراب يعنـى مجموعة مـن الأمـراض تعكـس سـوء توافـق الفـرد .. ولذا فسـوف نجـد العديد من المفاهيـم التـى تعكـس أنواعـا متعـددة مـن الإضطرابـات مثـل : إضطراب الإدراك Imperceptin، وإضطـراب الشـخصية Personality Disorder

وإضطرابات الجسم Somatic Disorders وغيرها من صور الإضطراب.

(فرج طه وآخرون، 1993، ص ص 94 – 98)

وإذا كانـت الإنفعـالات لها هذا الدور الهام والحيـوى فى التأثير والتأثر عـلى جميـع أجهـزة الجسـم فـإن العلاقـة بـين النفس والجسـم تحتـاج إلى نظـرة وتمعـن ووقفـه علميـه / موضوعيـة، وهذا سـيكون موضـوع حديثنا فى الفصـل القادم.

مراجع الفصل

أولا : المراجع العربية

1 – بيتر نوفاليس، ستيفن روجيفينز، روجر بيل (1998) **العلاج النفسى التدعيمى**، ترجمة لطفى فطيم، عادل دمرداش، المجلس الأعلى للثقافة (المشروع القومى للترجمة) كتاب رقم (52)، القاهرة.

2 – ريتشارد. م. سوين (1979) : **علم الأمراض النفسية والعقلية**، ترجمة أحمد سلامة عبد العزيز، القاهرة، دار النهضة العربية.

3 – فرج طه، شاكر قنديل، حسين عبد القادر، مصطفى كامل (1993) **موسوعة علم النفس والتحليل النفسى**، دار سعاد الصباح، القاهرة.

4 - محمد حسن غانم (2013) **كيف تتحكم في انفعالاتك؟** كتاب اليوم الطبي، مؤسسة الاخبار. القاهرة.

5 – مجدى زينة (1994) : **دراسة فى مكونات العلاقة بين المشكلات النفسية والأعراض السيكوسوماتية لدى المراهقين بالمعاهد الدينية والمدارس العامة**، ماجستير غير منشورة، آداب عين شمس.

6 – محمود أبو النيل (2001) **مقياس كورنل للإضطرابات السيكوسوماتية**، القاهرة، المؤسسة الإبراهيمية لطباعة الأوفست.

7 – محمود السيد أبو النيل (1972) : **علاقة الإضطرابات السيكوسوماتية بالتوافق المهنى فى الصناعة**، دكتوراه غير منشورة، آداب عين شمس.

8 – هـوارد. ر. ومارثـا لويـس (1975) : **النفـس والجسـد: كيـف تسـتطيع إنفعالاتـك أن تلحق الضرر بنفسـك**، ترجمة محمـد عماد فضلى، مكتبـة الأنجلـو المصريـة، القاهـرة.

ثانياً: المراجع الأجنبية :

9 – American Psychiatric Association (1994) : Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders. Washington. D.C.

10 – Anastasi, A (1986) : Field of Applied psychology New York. Mc Grow Hill Co. (3th ed).

11 – Dvison, G & Neal. J. (1978) : Abnormal Psychology. Fifth edition. John wileg & some. INC.

12 – Gallatin, J (1982) : Abnormal Psychology. Concepts, issues tre\nds. New York, MC Million Pullahing Co. T.N.C.

13 – Lipowski, 2. (1989) : What does the word Psychosomatic realy mean? Ahistorical and se mantic hiqiury., Psychosomatic Medicine, vo. (49). No (2) pp. 34 – 44.

14 – Million. T. & Million (1994) Abnormal Behavior and personality, p wilod elphia. WB. Sovnder Co.

15 – Steinhauer. P & Rac – Grant. A (1977) psychologic all problems of the child and his family, torinto macmillan of Canda.

الفصل الثالث

العلاقة بين النفس والجسم

محتويات الفصل

- مقدمة
- العلاقة بين النفس والجسم فى الفكر الإنسانى
- بعض أبحاث ودراسات العلماء العرب فى مسألة العلاقة بين النفس والجسم

مراجع الفصل : -

أولا : المراجع العربية

ثانيا : المراجع الأجنبية

الفصل الثالث

العلاقة بين النفس والجسم

مقدمة : -

بداية نؤيد أ. د محمود أبو النيل (1994 – ص 126) بما ذهب إليه من أن الإنسان قد عرف ومنذ زمن طويل أن (الإنفعالات النفسية) لها علاقة بالحالة الجسمية والجسد بصفة عامة. فالمثل الأغريقى الذى يقول : "إن العقل السليم فى الجسم السليم" يقر ضمنا بأن كليهما يرتبط بالآخر إرتباطا وثيقا ومع ذلك فإن الكثير من الناس يجدون الآن صعوبة كبيرة فى الإعتراف بذلك حتى ولو بينهم وبين أنفسهم .. إلا أن العالم حين إنكوى بحربين عالميتين كبرى، الأولى (1914 – 1918) والحرب العالمية الثانية (1939 – 1945) قد وضح بما لا يدع مجالا للشك كيف أن الحرب كلفظ شديد التأثير على الأفراد، قد تركت العديد من الإشارات إنعكست سلبا وظهرت فى الأمراض وعشرات الحالات من الأعصبة والأمراض والإضطرابات والذى فشل العلاج العضوى بمفرده (فى حل شفرتها) أو فى الوصول بالفرد إلى الشفاء، وأن المريض لا يحتاج فقط الدواء أو العلاج الطبى ولكنه فى الوقت نفسه يحتاج إلى أن يشعر بالرعاية والإهتمام وأنه موضع تقدير (وإنصاف لكل ما يشكو منه) ولذا لابد من أخذ كل ما سبق فى الإعتبار حين يتم النظر إلى النفس والجسم.

وإن فهم العلاقة بين النفس والجسد والتأثير المتبادل بينهما ليس وليد العصر الحديث بل هو قديم قدم المجتمعات

الإنسـانية. ولعـل هـذا الفهـم (الفطـرى) لطبيعـة العلاقة والتأثـير المتبادل بـين النفـس والجسـم قـد سـاعد فى تأهيـل وتنميـة قـدرة الإنسـان عـلى مواجهـة العديـد مـن الأمـراض والأوبئـة التـى أصابتـه.

العلاقة بين النفس والجسد فى الفكر الإنسانى القديم :

نسـتطيع أن نرصـد العديـد عـن الفهـم المتبـادل بـين النفس والجسـد فقـد أشـار **بريـل** A. A. Brill إلى أن هيبـو قـراط (أبو الطب) قد إسـتطاع شـفاء برديـكاس ملـك مقدونيـا مـن مرضـه الجسـمى وذلـك عندمـا قـام بتحليـل أحلامـه. (محمـود أبـو النيـل، 1994، ص 119)

ويعكـس مـا سـبق رؤيـة هيبـو قـراط الثاقبـة فى وجـود تأثـير نفـسى سـيئ قـاد إلى هـذه الحالـة المرضيـة، ولـذا فـإن الإمسـاك بتلابيـب الحلـم ومحاولـة (فـك شـفرته) قـد قـاد إلى جعـل مـا هـو غـير (واضـح) واضـح ومفهـوم وقـد إنعكسـت هـذه النظـرة النفسـية الثاقبـة إيجابيـاً وكان من نتيجتهـا شـفاء برديـكاس بعـد أن عجـز الأطبـاء وإحتـاروا - آنـذاك - فى علاجـه وكان ينظـر فى العصـور البدائيـة القديمـة إلى أن الإصابـة بالمـرض وعـدم شـفاءه وبالرغـم مـن إسـتخدام الأدويـة الشـائعة آنـذاك والتـى كانـت تتلخـص فى تقديـم وصفـة غذائيـة فيما عرف بإسـم **البرديـة الطبية** وكانـت تشـمل العديـد مـن الوصفـات العلاجيـة فهـى عبـارة عن أعشـاب نباتيـة كثيرة الإنتشـار مثـل نبـات : الشـعير، الكزبـرة، الحلبـة، الحمـص، والعديسـة (أى العـدس) .. وكان لـكل نبـات إسـتخداماته الخاصة. فالحلبة مثـلا كانـت تسـتخدم فى إدرار اللـبن وفى عـلاج بعـض أمـراض النسـاء

(خاصـة عقـب الولادة. وما زالت هذه الوصفة سـارية المفعول حتى الآن) إضافـة إلى فوائـد الحلبـة فى إزالـة تجاعيـد الوجـه وتأخـير مظاهرالشـيب وعـلاج الإسـهال والصرع.

والتاريـخ المـصرى القديـم يحفل بعديد مـن البرديات الطبية أشـهرها **بردية إيبرس** Ebers وترجع التسـمية هذه إلى مكتشـفها وهو العالم الألمانى إيـبرس حيـث تـم العثـور عليهـا فى منطقـة الأقـصر فى صعيـد مـصر وهذه البرديـة مـا زالـت محفوظـة – حتـى الآن – فى متحف ليبـزج وتضم (811) وصفـة طبيـة، وطـول البرديـة (20) مترا وعرضهـا نحو 30 سـم وتتكون من 2289 سـطراً منهـا 12 وصفـة مخصصـة للأناشـيد والأدعيـة التـى يجب أن يقولهـا الشـخص أثنـاء تناوله هـذه الأدوية.

ولا شـك أن الإهتـمام بالأدعيـة وطلـب الشـفاء مـن الإله يهيـئ الفرد نفسـيا لـكى تتقبـل فسـيولوجية الجسـد لهـذا الـدواء مـما ينعكـس إيجابيا عليـه فيشـفى بـإذن اللـه. (التيجانى الماحـى، 1959)

وسـوف نسـتفيض قليـلا فى هـذا الجانـب ذلـك لأن الإصابـة بالمـرض تعـد مـن أوائـل الأخطـار التـى واجهـت الإنسـان منـذ بدايـة الخليقـة، فقـد إعتبرهـا الإنسـان الأول تهديـدا للبقـاء. فقـد أثبتـت دراسـة الإنسـان الأول أنـه كانـت لـه أمـراض، وكان يعـانى مـن ألوانـا مـن الأذى، وكان يحـاول أن يلجـأ إلى الطبيعـة للخـلاص مـن ذلـك الأذى وتلـك الآلام فبـدأ يفكـر ويتأمـل فى التعاسـات التـى تصيبـه. فكرهـه منـذ البدايـة فكـرة

المـرض والمـوت، وفى فـترة من الفترات إعتبر الإنسـان المـرض نوعاً من أنواع العقـاب أو مسـاً مـن روح شريـرة أو شـيطان، ومـا دام الإنسـان قـد عـزا المـرض إلى السـحر وغـيره مـن قوى الـشر الخفية، فـلا جرم أن يحـاول ذلك الإنسـان التـداوى مـن السـحر فأصبـح السـاحر عنئـذ هـو طبيـب القبيلة. (فـرج الهـونى، 1986، ص 15)

ولـذا فـإن الأمـراض العضوية إذا طالت أو إحتـار الأطباء – آنذاك – فى علاجهـا كان يتـم اللجـوء إلى المعالـج وكان غالبـا مايكـون كاهـن أو عـراف القبيلـة وكان هـو المسـئول عـن إسـتئصال الأرواح الشريـرة التـى تلبـس الجسـم وشـفاء الأجسـام مـن تأثـير النفـوس (المضطربـة – غـير المسـتقرة) وكان الكاهـن لا يعمـل بمفرده بل يسـاعده أفراد آخـرون يختارهم الكاهن وفـق أسـس وشروط ومعايـير. (محمـد حسـن غانـم، 2005، ص 5 – 15)

ولـذا فـإن كل جماعـة إنسـانية قـد خلقـت فى ثقافتهـا الأسـاليب والطـرق التـى تكفـل لهـا سـد حاجتهـا فى عـلاج أولئـك النـاس، ولـذا فقـد ظهـر العرافـون والمنجمـون والسـحرة والكهنـة عـبر العصـور ليقومـوا بتلـك المهمـة، كـما ظهـرت فى كل العقائـد أفـكار وأسـاليب مختلفـة لعـلاج هـؤلاء اللذيـن مسـهم الجـن أو تلبسـتهم الشـياطين، أو إنعكـس ذلـك فى تدهـور العديـد مـن وظائـف الجسـم، ومـن هنـا فقـد خلقـت هـذه الجماعـات وعـلى مـر العصـور أسـاليب التدعيـم والإطمئنـان، وكان حكـماء وفلاسـفة العصـور القديمـة علـماء ومنجمـون .. ولقـد كان هـؤلاء

جميعا هـم الأجـداد والجـذور التـى إنبثـق منها العـلاج النفـسى المعاصر (خاصـة إذا طـال أمـد المرض الجسـمى وفشـل الطب فى العلاج فـكان لابد مـن تدخـل الكاهـن أو العراف لإسـتئصال الجوانب الإنفعاليـة المضطربة)، ولعـل هـذه النظريـة المتكاملـة (للنفـس والجسـد) تقـدم للشـخص فى اللحظـات الحرجـة والمواقف العصيبة (حين يفشـل العـلاج الدوائى والطبى والـذى يسـتخدم بمفـرده)، ويظهـر أثـر العـراف أو الكاهـن حـين ينظر إلى الإنسـان نظـرة متكاملـة، ولعـل هـذا الإيمـان بـدوره فى الثقافـة الشـائعة آنـذاك كان لـه دوره فى شـفاء المريـض (لطفـى فطيـم، 1994، 39)

أمـا عـن العـلاج عنـد **اليونـان** قديمـا فقـد ذهـب **أرسـطو** إلى أن الإنفعـالات مثـل الغضـب والخـوف والفـرح والبغـض والحسـد لا يمكـن أن تصـدر عـن النفـس وحدهـا ولكنهـا تصـدر عـن مركـب نفـسى معقـد، وأن هـذه الإنفعـالات السـيئة والعنيفـة والمزمنـة تـترك آثارها السـيئة علي جميـع أجهـزة ووظائـف الجسـم. (مجـدى زينـة، 2000، ص 35)

كـما أن إمبراطـور الصـين الأصفـر (هوانـج تى) ومنـذ مـا يقـرب مـن 4500 عامـاً قبـل الميـلاد يحدثنـا عـن ملاحظـة قـد لاحظهـا وتتبعهـا عـبر العديـد مـن الأفـراد، وكأنـه قـد قسـم العينـة - بلغـة العلـم الحديـث - إلى عينـة تجريبيـة وأخـرى ضابطـة، وكان العامـل الـذى تـم ملاحظتـه هو : تأثـير الإحبـاط عـلى نفسـية الأفـراد، (حيـث كان مثـلا يلبـي مطالـب بعـض الأفـراد ويرفـض مطالـب بعضهـم الآخـر ثـم يتابـع الحالـة النفسـية

والعضويـة للفـرد الـذي أجـاب رغبتـه وكـذا يلاحـظ الشـخص الـذي رفض طلبـه وأحبطـه وقـد كـرر هـذا الإجـراء كثيرا ومـع أشـخص متعددين حتي يصـل إلي تأكيـد أو نفـي فكرتـه) وقـد توصـل إلى نتيجـة خلاصتهـا : إن الإحبـاط (وهـو عامـل نفـسى مـؤلم) قـد يصيـب النـاس بأمـراض عضويـة، ولـذا فقـد أوصى بـأن نستكشـف رغبـات النـاس وأفكارهـم ونتابعهـا، وعندئـذ سـنجد أن مـن يحـوز الـروح والطاقـة يزدهـر وينجـح، ومـن لا ينالهـما يبيـد ويندثـر.

كـما أن **مارتـن لوثـر** قـد أعلـن فى أوائـل القـرن السـادس عـشر أن "الأفـكار ذات الوطـئ الثقيـل تـأتى بالأمـراض الجسـدية، وأن الـروح عندما تضيـق بالأمـور يشـاركها الجسـد ضيقهـا هـذا". وقد إنشـغل لوثر إنشـغالا مرضيـا بصحتـه، إذ كان يعـانى مـن الإمسـاك طيلـة الفـترة الناضجـة مـن حياتـه وكثـيرا مـا ينشـأ الإمسـاك عن مصـادر نفسـية. وقد كانـت صراعات لوثـر الداخليـة المؤلمـة تـدور بـين ولائـه للكنيسـة وخلافـه الروحـى معهـا، وكان يشـبه تلـك الصراعـات بمـا يلقـاه مـن أهـوال فى دورة الميـاه.

وليـس هـذا فحسـب بـل، إن النـاس قد يموتـون حزنـا، وأن الحب غير المتبـادل والمتفاعـل بـين الأنـا والآخـر قـد يـؤدى إلى المـرض، وأن الخـوف والغضـب قـد يصيبـان المـرء بالتلـف، وعنـد بدايـة القـرن التاسـع عـشر شرح الطبيـب النفـسى "**بـيركا بانيـس**" المفهـوم القائـل بأن النـزوات القوية "يمكـن أن تـؤدى إلى المـرض" وحدث ذلـك فى أثناء الثورة الفرنسـية، فدعى

(كابانيـس) إلى تبنـى المسـلك النفسجسـمى ن لإصـلاح الطـب وان هـذا التبنـي سـوف يـؤدي إلي تحقيـق نتائـج جـد إيجابيـة ونحـن نتعامـل مـع الآلام الانسـاني حـين ننظـر إليه ككل وليـس كأجزاء منفصلة. (هـوارد، مارثا لويـس، 1975، ص 19)

ويرجـع البعـض الفضـل إلى **هـنرث** وتحديـدا عـام 1818 والـذى سـاهم فى صـك مفهـوم الأمـراض السيكوسـوماتية أو النفسـية الجسـمية Psychosomatic عندمـا كان يتحـدث عـن الأرق فى الأمـراض السيكوسـوماتية، فالمريـض يكـون قـد فقـد توافقـه Maladjusted ومـن هنـا فإنـه بهـذه الملاحظـة قد فتح مجـال البحـث والملاحظـة للحديث عن (وزن أثـر) العوامـل النفسـية فى إحـداث الأمراض الجسـمية. وسـوف نذكر فى عجالـة بعضـا مـن هـذه الإجتهـادات : -

أ – يـرى **دونالـد ليرد والبانوريـد** أن العقـل قـد يسـاهم فى إحـداث العديـد مـن صـور العلـل البدنيـة Body ailments ، **فالأفـكار السـيئة** تثير الإنفعـالات المؤلمـة والتـى بدورهـا (أى الإنفعـالات) تؤثـر فى وظائـف البـدن. فالغضـب يجعـل المعدة دائمـا متهيجة ويكـون ذلك بدايـة الإجهاد والإنهـاك لأجهـزة ووظائف الجسـم، وعندما تسـتمر هـذه الإنفعالات تنتج العديـد مـن صـور التغـيرات السـيئة فى أعضـاء الجسـم، ولـذا فـإن العقـل يؤثـر فى البـدن أكـثر مـن تأثـير البـدن فى العقل.

ب – يذهب **الفرد مارو** Alferd Marrow إلى أن الأمراض السيكوسوماتية تحدث نتيجـة للشـدة أو الضغـط المسـتمر الـذى يتعرض له الفـرد، وأن هذه الأمـراض تنتج فى

الأساس جراء مؤثرات عصبية تنهك أعضاء الجسم وتؤثر تأثيرا سلبيا عليه .

جـ - في يذهب البعض إلى أن سبب هذه الإضطرابات هو الصراع النفسى. فلآلام التى يعانى منها البشر ليست لها أسس عضوية بمعنى أنه لا تأتى من الخارج عن طريق الجراثيم التى تسبب هذه الإصابة الداخلية، بل إن الصراعات التى كان يعانى منها المريض، وعدم حسم هذه الصراعات قد أثرت تأثيرا سلبيا وإنعكس ذلك فى جملة المتاعب الصحية التى يعانى منها الفرد الآن.

ومن الجدير بالذكر أن هذه النظرة لقت إعتراضا لإتجاه ساد فى النصف الثانى من القرن التاسع عشر وخلاصته ظهور ما يسمى بأنصار **النظرية البكتيرية** فى تفسير الأمراض، وخلاصة هذه النظرية أن الطب يجب أن يركز جُلَّ إهتمامه إلى التعرف والتتبع لأثر الجراثيم التى يمكن أن تحدث العديد من صور الأمراض، وأن هذه الجراثيم تزدهر مع تهيئة ظروف فى البيئة الخارجية، ويجب أن يذهب الإهتمام إلى كشفها بدلا من البحث عن (عوامل لا نستطيع الإمساك بها) تحدث داخل الفرد.

ومن الجدير بالذكر أن هذه النظرية قد لقيت دوراً جد هام فى إهمال الدور الذى تلعبه العوامل النفسية فى إحداث الإضطرابات الجسدية وصرف الأنظار قليلا عن تتبع هذه العلاقة جد المعقدة والمتشابكة بين النفس والجسد.

د – فى حين ركز **برنارد رس** Barnard reiss إهتماماً

كبيراً لدور البيئة فى إحداث هذه الإضطرابات، فالإضطراب يعبر عن نفسه من خلال إصابة البدن، ولذا فإن الإصابة بقرحة المعدة المعوية قد تكون عرض أو نتيجة مترتبة على الحالة النفسية السيئة.

هـ - فى حين أولى **ايزنك** Eysenck. H الإهتمام الأكبر للأحداث السيكولوجية وما تسببه من إضطرابات جسمية معينة.

و - فى حين أن **انستازى وفوللى** Anistasisa & Foley ينظران إلى أن الحالة النفسية السيئة هى السابقة، والإضطرابات الفسيولويجة نتيجة لها أو لاحقة عليها.

ز - فى حين أكد **أندرسون وتريثون** Anderson & Trethown على أن الإضطراب الإنفعالى غالبا ما يكون عاملا مهيئا، وقد لاحظ أن مرضى روماتيزم المفاصل - مثلا - يسبق إصابتهم بهذا المرض حالة من الإكتئاب المستمر. (محمود السيد أبو النيل، 1997، 7)

حـ - فى حين أن أهم دراسة أجريت فى هذا الصدد تلك الدراسات التى إنطلقت من مدرسة **التحليل النفسى وأنصارها** وخاصة تلك الأبحاث التى قام بها **الكسندر ومدرسة شيكاغو**، ومساهمتهم الرائدة فى هذا الإتجاه. فقد تم دراسة (قرحة المعدة) على سبيل المثال وينحصر هذا العصاب فى حقيقة أنه إضطرابات مزمنة أو حتى (مجرد) تصفية له، بل هو المصاحب الفسيولوجى له، وأنه يصيب مرضى - أو أشخاص - يكون التحليل النفسى الدينامى

لهـم أنهـم يحتاجـون إلى أن يحبهـم الآخـرون، وأنهـم مـن أجـل ذلـك يعانـون. إنـه الجـوع إلى الحـب، والحاجـة إلى التواجـد فى حـضرة الآخـر الـذى يمنـح الـذات (المريـض) الحيـاة والإحسـاس بالقيمـة، وأن الإقتصـار إلى ذلـك يجعـل هـؤلاء الأفـراد (المـرضى فيما بعد) يشـعرون بمشـاعر الإثم أو الخـزى، وبالتـالى تظـل هـذه (الحاجـات الإنسـانية) لديهـم محرومـة مـن الإشـباع، ولمـا كانـت هـذه الحاجـة وثيقـة الصلـة بالرغبـة فى التغذية، وهـى أول موقـف يشـعر فيـه الطفـل بإرضـاء حاجتـه إلى حـب أمـه لـه وعنايتهـا بـه، فـإن الحاجة المزمنـة إلى الحب يمكن أن تنبه النشـاط الحركى والإفـرازى للمعـدة. ومـن هنـا تكون (أعـراض المعـدة المؤلمـة والمتقلبة) ما هـى إلا الأحـداث الفسـيولوجية للإنفعـال وليسـت بديـلا عـن الإنفعـال، ولـذا فـإن مثـل هذه الأعـراض قد تختفـى (بل تختفـى بالفعـل) بمجرد أن يشـعر المريـض أنـه قد أشـبع الحاجـة إلى الحب، وبـدا الآخـرون فى العناية والإهتـمام بـه (وهـو ما يحدثنـا عنه التحليـل النفسى فى المكاسـب الثانوية التـى تعـود عـلى الفـرد مـن المرض).

وقـس عـلى هذه الحالة إمكانية نشـوء العديد من الأمـراض الوظيفية العديـدة من خـلال تفاعل الحيل النفسـية والفسـيولوجية فى كافة ميادين علـم الأمـراض. بـل إن تطـور الأمـراض المعديـة يمكـن أن يتعـزز بالإنفعـال وإنقبـاض الشرايـين. (**دانييـل لاجـاش**، 1979، ص ص 148 – 149) (Staf (Ford, 1959, P. 149

وليــس هــذا فحســب بــل إن مدرســة التحليــل النفــسى تطــرح

العديد من التساؤلات التى دفعت خطوات البحث قدماً فى هذا الإتجاه والتى تؤدى فى نهاية الأمر إلى كشف غموض العديد من الجوانب فى الإضطرابات السيكوسوماتية مثل طرحها هذا التساؤل : ما الذى يجعل شخصا ما يصاب بمرض بعينه دون بقية الأمراض، وبمعنى آخر هل تختار الشخصيات الفردية أمراضا سيكوسوماتية معينة حتى تمرض بها وتقع صريعة لها؟ وهل المرض يختار ضحاياه أم أن الضحايا هم اللذين يختارون الأمراض التى تتفق مع طبيعة ونمط شخصياتهم وعاداتهم وطقوسهم في الحياة اليومية؟!

فى الواقع أن الدراسات والملاحظات الإكلينيكية قد أكدت على الآتى - :

1 – إن تكوين الشخصية هو الذى يحدث ذلك إلى حد ما.

2 – إن سمات الشخصية تجعل الفرد مهيئا – دون غيره – إلى إختيار المرض الذى يتفق مع هذه السمات (أى لا عشوائية لا فى السلوك ولا حتى فى إختيار المرض).

3 – إن أى مرض سيكوسوماتى يصاب به الفرد له مكوناته الإنفعالية الخاصة به.

4 – إن الجهد النفسى والمعاناة لفترة طويلة من الإنفعالات السيئة قد يقود إلى إنهاك قوى الفرد النفسية مما ينعكس ذلك سلبا على (مسرح الأحداث الداخلية للفرد).

5 – إن لـكل مرض دلالاته النفسـية المحددة. فمثـلا الإصابة بالإلتهاب الجلـدى لـدى بعـض الأفـراد يشـير إلى إحتيـاج مثـل هـؤلاء الأشـخاص إلى الملامسـة الجسـدية مـن قبـل الآخريـن (وهـو إحتيـاج نفـسى يختلـف عن إحتيـاج الأفـراد المصابـين بقرحـة المعـدة .. وهكذا).

6 – إن التعامـل مـع الأعـراض الجسـدية فقـط لا يفيـد بدليـل أن الإعتـماد وفقـط عـلى الجانـب العضـوى أدى إلى وصـف هـؤلاء المـرضى بأنهـم عـلاج أصحـاب (الملفـات الضخمـة) نظـرا لمـا تحتويـه مـن فحـوص وتحاليـل وأدويـة دون أن تجـدى أثر وأن (فهـم) دلالات الأعراض يؤدى إلى الشـفاء التلقـائى (لأننـا نكـون قـد تعاملنـا مـع العـرض وليس مـع المرض).

7 – إن الأمـراض السيكوسـوماتية لا تحـدث نتيجـة لإنفعالات مكبوتة منـذ فـترة الطفولـة ولكـن لتفاعـل جملـة مـن عوامـل إنفعاليـة راهنـة أحدثـت هـذا الإضطـراب.

(مصطفى زيور، 1986؛ Sills, 1985, P. 155)

ولا يقتـصر الحديـث عـن موضـوع العلاقـة بـين النفـس والجسـم عـلى الإجتهـادات السـابقة بـل نجـد أن القـرآن الكريـم قـد تعـرض لهـذه العلاقـة فى **سـورة يوسـف** إذ أدى غـم وحـزن سـيدنا يعقـوب عـلى فقدان إبنـه يوسـف إلى تغـير لـون عينـه ومعاناتـه مـن الإضطـراب فى الرؤيـة أو كـف لهـا (وتـولى عنهـم وقـال يأسـفي عـلي يوسـف، وأبيضـت عينـاه مـن الحـزن فهـو كظيـم) (سـورة يوسـف، آيـة 84)، ويواصـل القـرآن حديثـه عـن التغـيرات الإيجابيـة التـى حدثـت فى نفـس سـيدنا يعقـوب

بعـد أن علـم أن إبنـه يوسـف مـا زال حيـا يـرزق، وسرعـان مـا إنعكسـت هـذه الحالة النفسـية (الطيبة الإيجابية) على نفسـيته فعـادت إليه الرؤية وتحسـنت أموره.

ولكـن مـا هـو دور العـرب فى مثل هـذه العلاقـة الجدلية بـين النفس والجسد؟

أبحـاث ودراسـات العلـماء العـرب فى مسـألة العلاقـة بـين النفـس والجسـد : -

يذكـر التاريـخ أن العـرب كان لهم فضل السـبق فى هذا الأمر، وسـوف أكتفـى بذكـر بعضا من هذه الإسـهامات.

أ – **ابـن قيـم الجوزيـة** أرجـع الصـداع إلى العديد من الأسـباب أهمها العوامـل النفسـية، وأن هنـاك علاقـة مباشرة بين الصداع كألم جسـمى وبين الأعـراض النفسـية كالقلـق والغـم، وهـو بهـذا يؤكـد هـذه العلاقـة، ولـذا فإنـه يؤكـد الحقيقـة التـى سـبق أن ذكرناهـا مـن أن التركيـز فقـط عـلى الأعـراض الجسـمية وعلاجهـا لا يجـدى بل لابد مـن أخذ العوامل النفسـية فى الإعتبـار. (ابـن قيـم الجوزيـة، 1957)

ب – فى إحـدى القبائـل القديمـة ذبـح شـيخ إحـدى القبائـل، ودارت الشـكوك حـول خمسـة مـن الرجـال قـد أصابهـم منـه ضررا فى المـاضى .. وكانـت المشـكلة : كيـف يتـم تحديـد (المذنـب) من بـين هؤلاء الخمسـة؟

ولإكتشـــاف المذنـــب قـــام الطبيـــب العـــراف Witch بإقامـــة إحتفـــال كبـــير وأحـــضر الخمســـة أفـــراد ووســـط دقـــات الطبـــول المنتظمـــة .. أخـــذ التوتـــر يظهـــر لـــدى الرجـــال اللذيـــن وقفـــوا أمـــام

القبيلـة وكانـت ظهورهـم للنهـر. وقـد وضـع العـراف أمـام كل رجـل (من اللذيـن دارت حولهـم الشـبهات) كومـا من الأرز مطبوخـا، وقبل أن يطلب منهـم إلتهـام الأرز الـذى أمامهـم خطـب فيهـم عـن الظلـم والجـور الذى وقـع بإغتيـال رئيـس القبيلـة، وعـن قدرة السـحر فى إكتشـاف القاتـل، وأن الشـخص الـذى قـام بهـذا الفعـل الإجرامـى لـن يسـتطيع أن يبتلـع حبات الأرز المطهيـة (رغـم سـهولة بلعهـا) وأن هـذه الطريقـة جيدة فى إكتشـاف المذنبـين وأنـه قـد جربهـا مـن قبـل وقـد أثبتـت فاعليتهـا ثـم قـام بعـرض أطبـاق الأرز عـلى المتهمـين بطريقـة مسرحيـة. وقال : أنظر Look وشـاهد Behold فتقـدم أربعـة منهـم لأكل الأرز دون أن يظهـر عليهـم علامـات خارجيـة للـسرور أو الرعـب. أمـا الخامـس فبوجـه تـرابى وبصعوبـة وقـف عـلى رجلـين مرتعدتـين، وأخـذ يحـرك فكيـه بصعوبـة وبـلا جـدوى حـاول إبتـلاع بعـض حبـات الأرز دون نجـاح ..

وفى النهاية لم يجد مناصاً سوى الإعتراف بقتل رئيس القبيلة.

(محمود أبو النيل 1994، ص 16)

وهنـا نجـد كيـف أن العـراف قـد إسـتطاع بإسـتخدام العديـد مـن الحيـل والطـرق محاولة إكتشـاف ما هو نفسى والمـواري خلف الصدور إلى أن يجعـل المجـرم الحقيقـى يعـترف بجريمتـه وسـط أعضـاء وأفـراد القبيلة ومـن خـلال علامـات (جسـدية) واضحة تمثلـت فى : صعوبة البلـع، وظهور علامـات القلـق، وإرتعـاد القدمـين وإرتعاشـاتهما، وصعوبـة السـير أو حتى

القـدرة عـلى إلتقـاط حبـات الأرز، وكـذا صعوبـة البلـع .. وهـى كلهـا علامـات تـدل عـلى تداخـل كل مـا هـو نفـسى مـع مـا هـو عضـوى.

جــ - جـاء فى كتـاب **ابن سـينا** (الأصل والعودة) واقعـة علاج أوضحت بجـلاء تداخـل مـا هـو عضوى مع مـا هو نفـسى. والأمر بإختصـار إذ كانت المريضـة عبـارة عـن جاريـة تعمـل فى بـلاط الملـك وكانـت منحنية لأسـفل لحمـل الأكـواب أو الأطبـاق فأصيبـت فجـأة بما يسـمى بروماتيـزم مفاجئ فى المفاصـل وجعلهـا غـير قـادرة عـلى أخـذ الوضـع الطبيعـى فى الوقـوف، وتـم إسـتدعاء العديـد من أطبـاء الملك ومحاولـة إعادتهـا إلى حالتها الأولى (قبـل الروماتيـزم المفاجـئ) ففشـلوا جميعـا (لأن الجميـع قـد ركـز عـلى الجانـب الجسـمى ولم يعـر إهتمامـا للجانـب النفـسى) وتـم إسـتدعاء ابن سـينا لعـلاج هـذه الحالـة. وبالفعـل عـرف كافة المحـاولات العلاجيـة التى قـام بهـا مـن سـبقوه. وهنا فطـن إلى حقيقـة المـرض وإلى الجانـب النفسى المسـتتر خلـف هـذه الأعـراض فماذا فعـل؟ جعل مـن إنفعـال الخجل أحد أهـم أدواتـه المسـاعدة فى العـلاج وبدأ يرفع ملابـس الجارية بـادئ بالبرقع حتـى الخـمار .. وهكـذا حتـى شـعرت المريضـة أن (ابـن سـينا) سـوف يرفـع عنهـا كافـة مـا ترتديـه مـن ملابـس فـأدى ذلـك إلى إسـتثارة إنفعـال الخجـل لديهـا فأنتـج ذلـك وهجـا مـن الحـرارة أوقـف المـزاج الروماتيزمى .. وإزاء ذلـك إسـتطاعت المريضـة أن تنهـض واقفـة عـلى قدميهـا معتدلـة كاملـة الإعتـدال لـكى تمنـع (ابـن سـينا) مـن مواصلـة تعريتهـا أو تجريدهـا

تدريجيا من ملابسها (محمود أبو النيل، 1994، 17)

وواضح من فهم وحدس ابن سينا للعوامل النفسية التى تكمن خلف هذه الحالة. فالحالة مظهرها جسدى، إلا أن فشل العلاجات الجسمية فى حد ذاتها وبمفردها يستدعى ضرورة إستخدام أساليب علاجية أخرى (نفسية) تكون هى الأساس والعوامل المساعدة فى الشفاء وهذا ما لجأ إليه ابن سينا وبالتالى كان الشفاء. (محمد حسن غانم، 2007)

د – ذهب **ابن عيسى المجوسى** فى كتابه (كامل الصناعة الطبية) إلى إستخلاص العديد من الحقائق النفسية والطبية ومن خلال تراكم خبراته بالحالات المرضية إلى ذكر قاعدة أساسية خلاصتها : إن الأمراض النفسية كالغم والغضب والهم والحسد .. إلخ تغير المزاج ويؤدى ذلك (أى تغير المزاج) إلى إحداث تغيرات فى البدن تقود فى نهاية الأمر إلى إنهاكه وتولد هذه الحميات الرديئة أى الأمراض التى تأخذ ظاهريا شكل عضويا إلا أن حقيقتها فى نهاية الأمر تعود إلى عوامل نفسية وما لم يتم التعامل مع الجوانب الإنفعالية السيئة فلن تتحسن الحالة.

هـ - الطبيب **الرازى** العظيم والفطيم قد ذكر فى كتابه القيم (أخلاق الجلالى) إلى بيان حقيقة تداخل العوامل النفسية مع العوامل الجسدية فى إمكانية إحداث حالة سيئة فى البدن ومن أشهر محاولاته العلاجية الناجحة فى هذا الصدد أنه قد تم إستدعاؤه إلى (ترانسواكسيانا) ليعالج الأمير منصور الذى كان يشكو من بعض الأمراض

الروماتيزمية فى مفاصله. وقد فشلت جميع جهود الأطباء اللذين سبقوه فى هذا الأمر وأن إستدعاءه للعلاج قد جاء بعد فشل أطباء القصر وغيرهم من الأقربين إليهم فى البلد، ولما دخل الرازى بخارى بلد الأمير جرب طرقا عديدة لعلاجه دون أن يتوصل إلى نتائج ملموسة وقال له آخر الأمر (حين إستشف أن تأخر العلاج يرجع إلى التركيز على العوامل الجسدية دون الأخذ فى الإعتبار العوامل النفسية السيئة التى تفاعلت داخله) قال للأمير : سأجرب غدا طريقة جديدة ولكنها ستكلفك خير حصان وخير بغل فى حظيرتك. وفى اليوم التالى ركب الرازى والأمير وذهبا إلى حمام ساخن (خارج مدينة بخارى - بلدة فى إيران حاليا) وربط الحصان والبغل خارجه ثم دخل الحجرة الساخنة وحده مع مريضه الذى وضعه تحت الماء الساخن عدة مرات وسقاه جرعة تنضج فيه الأخلاط التى فى مفاصله. ثم خرج الرازى ولبس ثيابه، ثم عاد ودخل مرة أخرى على الأمير الرابض فى الحمام الساخن وفى يده سكين ووقف برهة يسب الأمير قائلا : لقد أمرت أن أقيد وأن ألقى فى القارب متآمراً بذلك على حياتى وإن لم أقتلك عقابا لك على ذلك فلست محمد ابن زكريا، فغضب الأمير غضبا شديدا وثارت ثائرته وهب واقفا على قدميه مدفوعاً بالغضب من جهة والخوف من أن يقتل من جهة ثانية. فأسرع الرازى هاربا .. وبعد فترة أرسل إلى الأمير منصور رسالة أخبره فيها بفنياته العلاجية الناجحة والتى قادت فى نهاية الأمر إلى شفائه قائلا : إنه

عمـد للعـلاج النفـسى ولمـا تعرضـت الأخـلاط الفاسـدة لحـرارة الحـمام السـاخن إلى الحـد الـكافى أثرتـك عامـدا حتى أزيد مـن حرارتـك الطبيعية، وبذلـك إكتسـبت مـن القـوة مـا يكفـى لإذابـة الأخـلاط التـى كانـت قـد لانـت .. إلـخ. (محمـود أبـو النيـل، 1994، 124 – 125)

ويتضـح أن ميكانيزمـات العـلاج التـى لجـأ إليها الرازى تشـابه إلى حد كبـير تلـك التـى إسـتخدمها ابن سـينا فى عـلاج الجاريـة. إذ بعـد التأكد من فشـل (كل العلاجـات الجسـدية) لجـأ إلى العـلاج النفـسى .. وقـد أرسـل شرحـاً لهـذه الفنيـات إلى الأمير حين قال لـه لقد أثرتك (بالسـب + التهديد بالقتـل) وأننـى لم أجد مناصاً سـوى اللجوء إلى العـلاج النفسى حتى يحدث التأثـير العلاجى المطلـوب لحالتك.

و – ونختتـم جهـود العرب فى فهم العلاقة الجدلية بين ما هو جسـدى ومـا هـو نفـسى وصعوبـة الفصل بينهـما إلى (محاولـة علاجيـة ناجحة) قام بهـا **ابـن سـينا** وقد ذكرهـا فى كتابـه العظيم القانـون. ففى القسـم الخاص بالحـب والـذى يصنـف ضمن الأمـراض العقلية أو المخية والأرق والنسـيان والهـوس والخـوف والملانخوليـا ومـا شـابه ذلـك ذكـرت الحادثـة التاليـة : فعندهـا هـرب ابن سـينا مـن محمود العزنـوى متنكراً إلى مدينـة هابركانيا عـن طريـق نهـر كاسـبيان ووجـد أحـد أقـارب حاكـم ذلـك الإقليـم مريضا بمـرض حـير كل الأطبـاء والمعالجين آنـذاك، وفحص ابن سـينا المريض بعناية وطلـب أن يـأتى معـه بعـض ممـن يعرفـون أحيـاء المـدن والمـدن الموجودة

بالإقليم وقاموا بذكر أسمائها بينما ابن سينا واضعا يده على نبض المريض. وعندما ذكر إسم مدينة معينة شعر بزيادة فى نبض المريض. وفى الحال قال ابن سينا : إنى فى حاجة لبعض ممن يعرفون كل البيوت والشوارع والأحياء فى هذه المدينة، ومرة أخرى وجد زيادة فى نبض المريض عند ذكر إسم شارع معين، كذلك إرتفع النبض عند ذكر منزل معين وذكر قاطنيه .. فقال ابن سينا : إن هذا الشاب واقع فى حب بنت تسكن فى ذلك المنزل من ذلك الشارع من ذلك الحى من تلك المدينة وإكتمل علاج الشاب بزواجه منها فى ساعة حددها ابن سينا. (محمود أبو النيل، 1994، ص 126)

ولذا يتضح مع كل ما سبق أهمية تداخل الجانب النفسى مع الجانب الجسدى ولذا فإن البحث السيكوسوماتى منذ نشأته قد إتخذ إتجاهين أساسيين هما :

الأول : هو محاولة تحديد المتغيرات السيكولوجية التى يفترض أنها تكمن وراء العلل الجسمية، ولقد إستوحى هذا الإتجاه نظرية التحليل النفسى وإزدهر بقيادة (فرانز ألكسندر) وتحديداً عام 1955ومازال هذا الاتجاه سائداً حتي الآن.

الثانى : المحاولة عن طريق الدراسات المعملية والوبائية لإكتشاف العلاقات الإرتباطية بين المواقف المثيرة إجتماعيا والإستجابة السيكولوجية لها عند الفرد والتغيرات التى تطرأ سواء فى وظائف فسيولوجية معينة أو فى الحالة الصحية

عموما مثل : فقدان العمل وبين حدوث المرض وبداية ودرجة شدته، ومثل هذا الإتجاه "هارولد وولف" ومساعدوه فى جامعة كورنل. (لطفى فطيم، 1979، ص 122)

ولإيضاح ما سبق إتضح أن العديد من الأمراض العضوية الخطيرة مثل **السرطان** بها عوامل نفسية، وأن تجاهل هذه العوامل النفسية والإقتصار فقط على التركيز على العلاج الطبى (الجسدى) لن يؤدى إلى الشفاء وأن الأبحاث العديدة قد كشفت وجود علاقة أكيدة بين الحالة الإنفعالية الشديدة والتعرض للإصابة بالسرطان، وأن التأثير المباشر والعلاقة السببية بين السرطان والعوامل النفسية من العوامل التى حاولت البحوث أن تكشف عن حجم تأثيرها، ولعل دراسة Patel من الدراسات الجادة التى ربطت ما بين الإصابة بالسرطان والعوامل النفسية خاصة الضغوط والصدمات والمشقات التى يتعرض لها الفرد ويفشل فى التعامل معها. (Patel, 1991)

وغيرها من الدراسات : أنظر : (محمود أبو النيل 1997، ص ص 6 – 29)؛ (نجية إسحق، رأفت عبد الفتاح، 1995)، جاسم الخواجه، 2000،ص ص 215 – 224)؛ (Nwoye, 1998) .

ولذا فإن العوامل النفسية التى تكمن خلف العديد من الإضطرابات والأمراض الجسدية قد بدأ يعترف بها ولا شك أن هذه النظرة (المتكاملة) فى التعامل مع الجسد + النفس يقود إلى الشفاء.

والخلاصة :

أن العلاقة بين النفس والجسد علاقة قديمة وأن الميل – كما هو حادث الآن – أى الفصل بين كل ما هو جسدى وبين كل ما هو نفسى ما هو الا خطأ يؤدى إلى تجزئة الكائن وتحويله إلى (جزر منعزلة) وهذا لن يحقق أبدا الفهم الكامل للإنسان لأنه مهم، والمفترض أن تكون (التجزئة) تتم بشكل نظرى نفعله حين نقوم بالشرح أو التوضيح لجزء من أجزاء الإنسان.

وهذا ما لفت نظر العلماء فى الوقت الراهن. بل إكتشفوا أن كثيراً من الأمراض حتى وإن أخذت شكل عضوياً إلا أن العوامل النفسية تكون البطل والأساس الذى يحرك الأحداث ويقودها إلى المرض أو إلى الشفاء ولذا لابد من أخذ العوامل النفسية فى الإعتبار بل تم التنبيه مؤخرا على الأطباء بضرورة مراعاة الحالة النفسية للمرضى وأن (المقابلة) لا تحتوى فقط على الفحص والتشخيص بل لابد من أخذ الحالة النفسية للمريض فى الإعتبار والإهتمام به وبث الأمل والسعادة لديه حتى ينعكس ذلك إيجابيا على نفسية المريض فتتحسن حالته ونحن نعلم أنه يوجد تياران فى إخبار المريض بحالته : -

الإتجاه الأول : ويميل أنصاره إلى ضرورة مكاشفة ومصارحة المريض بحالته (مهما كانت).

الإتجاه الثانى : ويميل أنصار هذا الإتجاه إلى بث الأمل فى نفس المريض مهما كانت حالته ميئوس منها ولعل عبارة

(أنت زي الفل) من أكثر العبارات التي يرددها أنصار هذا الاتجاه حتي وأن كانوا يعلمون ان المريض سوف يغادر الحياة بعد دقائق (وفقا لمعطيات طبية محددة).

وعموماً فأن النتائج قد أكدت أن الإتجاه الثانى يكسب أرضية وثقة لأنه يبث الأمل فى نفس المريض ويراعى حالته الإنفعالية.

إن كل ما سبق يحتم علينا أن نتناول (الإنفعالات) بصورة أكثر وضوحاً. وهذا ما نحاوله فى الفصل القادم.

مراجع الفصل

أولاً : المراجع العربية :

1 – ابـن قيـم الجوزيـة (1997) : **الطـب النبـوى**، مطبعـة دار إحيـاء الكتـب العربيـة، القاهرة.

2 – التجـانى الماحـى (1959) : **العـرب والطـب**، القاهـرة، دار المعارف سلسـة إقرأ.

3 – جاسـم محمـد الخواجـة (2000) : **علاقـة الضغـوط النفسـية بالإصابـة بالسرطـان**، دراسـات نفسـية، مـج 10، ع2، إبريـل، رابطـة الإخصائيـين النفسـيين، ص ص 215 – 244.

4 – دانييـل لاجـاس (1979) : **المجمـل فى التحليـل النفـسى**، ترجمـة مصطفـى زيـور، عبـد السـلام القفـاش، مكتبـة الدراسـات النفسـية والإجتماعيـة، القاهـرة، دار المعـارف.

5 – صبرى جرجـس (1967) : **مـن الفراعنـة إلى عصر الذرة – سـطور فى قصـة الصحـة النفسـية فى مـصر**، القاهـرة، دار الكاتـب العـربى للطباعة والنشر.

6 – فـرج الهـونى (1986) : **تاريـخ الطـب فى الحضـارة العربيـة الإسـلامية**، ليبيـا، الـدار الجماهيريـة للنـشر والتوزيـع.

7 – لطفـى فطيـم (1979) : **العلاقـة بـين نمـط الشـخصية والأمـراض السيكوسـوماتية**، دكتـوراه غـير منشـورة، بنـات عـين شـمس.

8 – لطفـى فطيـم (1994) : **العـلاج النفـسى الجمعـى**، القاهـرة، الأنجلـو المصريـة.

9 - مجدى زينة (2000) : **دراسة فى علاقة الإضطرابات السيكوسوماتية، بأحداث الحياة لدى المتضررين فى حرب الخليج الثانية**، دكتوراه غير منشورة آداب عين شمس.

10 - محمود السيد أبو النيل (1994) : **الأمراض السيكوسوماتية فى الصحة النفسية**، بيروت، دار النهضة العربى.

11 - محمود السيد أبو النيل (1997) : **العوامل النفسية فى مرض السرطان**، مجلة علم النفس، القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد 43، ص ص 6 - 29.

12 - محمد حسن غانم (2009 - أ) : **إتجاهات حديثة فى العلاج النفسى**، القاهرة، مدبولى للنشر والتوزيع.

13 - محمد حسن غانم (2009 - ب) : **العلاج النفسى الجمعى بين النظرية والتطبيق**، الإسكندرية، المكتبة المصرية.

14 - مصطفى زيور (1986) : **بحوث مجمعة فى النفس**، بيروت، دار النهضة العربية.

15 - منجر مندوليف (1996) : **أضواء الطب النفسى على الشخصية والسلوك**، ترجمة محمد أحمد غالى، القاهرة، مطبعة القاهرة الحديثة.

16 - نجية إسحق، رأفت عبد الفتاح (1995) : **دراسة فى أحداث الحياة والشخصية لدى مرضى السرطان،**

مجلة علم النفس، القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد 33.

17 – هـوارد & د. مـارث لويـس (1975) : **النفـس والجسـد**، ترجمـة محمـد عـماد فضـل، القاهـرة، مكتبـة الأنجلـو المصرية.

ثانياً : المراجع الأجنبية :

18 – Newicye, A (1998). **The theorg and practice of African grief therapy**. in : Madus. N. and Baguman, P.K (eds.) inqest for psychotger rapy for modern African : Sovenga, South Africa.

19 – Slls, D (1985) : **international Encycloopedia of the social sciences**, vol (13). No (4), the Macmillan Co many and the Free Press.

Stafford, C (1959) : Psychiatry to day, A pelican Book.

الفصل الرابع

الإنفعالات والإضطرابات السيكوسوماتية

محتويات الفصل

- مدخل إلي الإنفعالات.
- متى ننفعل ؟
- تعريف الإنفعال .
- مصطلح الإنفعال وما يرتبط به من مصطلحات أخرى.
- مظاهر الإنفعال .
- وظائف الإنفعال .
- جوانب الإنفعال .
- بعض النظريات التى حاولت تفسير الإنفعالات .
- طرق قياس الإنفعالات .
- الإنفعالات والإضطرابات النفسية والعقلية .
- فوائد الإنفعالات .

مراجع الفصل : -

أولا : المراجع العربية .

ثانيا : المراجع الأجنبية .

الفصل الرابع

الإنفعالات والإضطرابات السيكوسوماتية

مدخل إلي الانفعالات : -

فى كتابهـما : مشـكلات الحيـاة الإنفعاليـة لـكل مـن : سـير **جيـون انجلـش**، وجيرالـد بيرسـون (1958) يركـزون عـلى الحقائـق الآتيـة : -

* إن حاجـة الحضـارة إلى العقـل والمنطـق كبـيرة وتحتـاج إلى ضبـط للغرائـز والإنفعـالات.

* بيـد أن الحـروب التـى تنشـب من آن لآخر (سـواء أكانـت عالمية أم محليـة) تجعلنـا لا نثـق تمـام الثقـة فى إمكانيـة الإنسـان فى السـيطرة عـلى إنفعالاته.

* إن طب الجسـم قد تقدم حين إسـتطاع أن يحافظ على أداء الجسـم لوظائفـه بإسـتخدام أفانـين الجراحـة المعقـدة، والتعـرف على (الفيروسـات والجراثيـم) التـى مـن الممكن أن تغزو الإنسـان وتدمره.

* بيـد أننـا فشـلنا فى أن نضـع أيدينـا – فى يـسر – عـلى سر الحيـاة الأكـثر صحـة وسـعادة وثـراء وغنـى ذلـك لأننا نناضـل دائما نضـالا قلقا من المهـد إلى اللحـد حتـى ننعـم بدرجـة مـن النجاح قبـل أن يفزعنـا المرض أو الإنفصـال أو المـوت.

* وقـد تعـددت صور ووسـائل العـلاج بعضه قال به الأطبـاء، والبعض الآخـر قال بـه الأدباء والمفكريـن وأصحاب الخبرات الطويلـة فى الحياة.

* لكـن المؤلفـان يؤكـدان في ثقـة أن (فرويـد) هـو أول مـن وضـع تخطيـط لأسـس تطـور الشـخصية الإنسـانية ووضـع فاعلـة للعـلاج - وقد عـدل - بمـضى - الزمـن مـن آرائـه الأصليـة إلى حـد مـا، وتنـاول تلاميـذه وزمـلاؤه آراءه بالتعديـل والمراجعـة.

* ولـذا فقـد ركـز فرويـد عـلى البدايـات الأولى للإنسـان - والحالـة الإنفعاليـة وكيـف أنها تترسـب لسـنوات طويلة فى أعماق النفس الإنسـانية وتـترك آثارهـا الضـارة عـلى الحالـة الجسـمية أيضـا وربمـا جزء مـن الهجوم عـلى فرويـد أن كثير من البـشر يهربون من ماضيهم ولا يريـدوا أن يتذكروا (الصدمـات الإنفعاليـة) الحـادة والمؤلمـة التى مـرت بهم.

* وفرويـد - كطبيـب - حـين وجـه إنتباهنـا إلى الحيـاة المبكـرة للفرد ومـضى بأفكارنـا إلى حاجـات الوليـد الإنسـانى فإنه قد أسـهم بذلك إسـهاما لاشـك فيـه فى التقـدم الإنسـانى، وعـلى أى فـإن النـاس لم ترغـب فيـما قـال فرويـد وكرهـوا أن يذكرهـم بطفولتهـم وبدوافعهـم الإجتماعيـة وتمنـوا لو أنـه لم يقـل عنهـا شـيئا ولكـن التحليل النفـسى أخذ فى الإنتشـار وتغلغل فى الكثـير مـن فـروع العلـم والمعرفـة (بالرغم من وجـود (معارضـين ورافضين لـه) لدرجـة أن بعـض الجامعـات في بعـض بلـدان عالمنـا العـربي تعتـبر أن مجـرد (ذكـر اسـم فرويـد) يعـد زندقة وكفـراً) .

* ولـــذا عـــلى الأطبـــاء أن يدرســـوا ســـلوك الإنســـان بعنايـــة مـــا وســـعهم ذلـــك ليـــس فقـــط ليشـــفوا المصابـــين بإضطـــراب فى

المعـدة أو عـسر فى الهضـم مثـلا وعـلى الطبيـب أن يقـضى وقتـا طويـلا فى دراسـة الشـخصية الإنسـانية ومـا يـدور بداخلها مـن صراعـات وإنفعالات، ومعرفـة تأثـير هـذه الإنفعـالات فى الحالة الجسـمية.

* إن الإنسـان قـد ضـل طريقـه نحـو تحقيـق أهدافـه فى الصحـة والسـعادة ولابـد أنـه عـرف نقطـة إنطلاقـه الحقيقيـة نحـو ممارسـة حـرة لقدراتـه مـن أجل السـعادة والـلام والجهد الخـلاق شـخصيا وإجتماعيا بل أصبـح خائفـا حائـرا شـاكا نهبـا للـصراع والخلـط وبالتـالى تعـذر عليـه أن يعمـل وأن يخلـق - فى بسـاطة - وأصبـح جسـمه وعقلـه أيضـا - مصدرى ألم لـه .. وفى هـذه الحالـة يصبـح الفـرد مريضـا نفسـيا.

* وأن الإنسـان بطبيعتـه - يعيـش فى نضـال وصراع .. وعـلى الفـرد - رغـم كل مـا سـبق - أن يحـاول حـل الـصراع، وأن يناضـل ويؤمـن حياتـه وحيـاة نوعـه ضـد كل هـذه القـوى المعاديـة ويتوقـف بكاؤه عـلى نجاحه فى معركـة هـذا النضـال حتـى ينمـو بجسـده ونفسـه وعقلـه مـن (آتـون) الإنفعـالات السـيئة.

وتلعـب الإنفعـالات دوراً جـد هـام فى إصابـة الفـرد بالإضطرابـات السيكوسـوماتية، وأن فشـل الفـرد فى العـلاج (إعتـماداً على العـلاج الدوائى - الجسـمى) وفقـط، بيـد أن فهـم الأسـباب النفسـية التـى تكمـن خلـف الأعـراض يعجـل بالشـفاء، وهذا ما فطن إليـه الأقدمون سـواءا فى الحضارة الهنديـة إلى الصينيـة أو حتـى العربيـة وأن الطبيـب يجب أن يكـون (كليا)

فى نظرتـه إلى الأمـور، خاصـة بعـد أن تـم التوصـل إلى حقيقـة مؤداها : أن غالبيـة الأمـراض المزمنـة العضويـة من : سرطـان، ضغط، سـكر، قلب .. إلخ لها أسـاس نفسى.

لكن ما هو الإنفعال :

أولا : تعريـف الإنفعـال فى موسـوعة علـم النفـس والتحليـل النفـسى (1993)

تفـرق الموسـوعة بـين تعريـف الإنفعـال Emition وبـين الإنفعـال الزائـد. Hyperthymia

فالإنفعـال هـو إسـتثارة وجـدان الفـرد وتهييـج مشـاعره. وهـو أمـر متعلـق بحاجـات الكائن الحـى ودوافعه. كإنفعال الخـوف المرتبط بالرغبة فى تفـادى كل مـا يهـدد الكائـن أو يضر بـه وإنفعال الـسرور الذى يصحب كل مـا يشـبع للفـرد دوافعـه ويحقـق له الحمايـة والبقاء والسـلامة.

والإنفعـال الزائـد : هـو حالة مـن الإنفعـال الزائد تصيـب الفرد فترفع حـدة إنفعالـه وتجعلـه سـهل الإسـتثارة الإنفعاليـة مفرطهـا، وقـد تكـون هـذه الحالـة مؤقتـة ومرتبطـة بظـرف معـين أو لحظـة معينـة، أو تكـون دائمـة تكـون سـمة إنفعـال وتوتـر الفـرد بصفـة عامـة فى معظـم المواقـف والظـروف وكأنها سـمة خالصـة تميزه (فرج طه وآخـرون، 1993، ص 128).

ولـذا سـوف نركـز فى هـذا الفصل على الإنفعـالات ودورهـا فى إحداث الإضطرابات السيكوسـوماتية.

الإنفعالات Emotions

مدخل إلى الإنفعالات :

تعـد الإنفعـالات من أكثر الموضوعات إثارة للجدل ذلك لأن الإحسـاس بالقـوة، والثقـة بالنفـس، والتفـاؤل، أو حتـى الإقـدام عـلى الإنتحـار، أو العكـس أي مـن خلال الشـعور بالـسرور والفـرح والإنشراح، بل إن مسـألة كيفيـة التعبـير عن المشـاعر، وهل ما تشـعر بـه (داخليا) تسـتطيع أن تعبر عنـه خارجيـا ومـا هو الموقـف بالنسـبة للأشـخاص القادرين عـلى (إخفاء) مشـاعرهم وإنفعالاتهـم الداخليـة مـن أهـم القضايـا والملاحظـات التـي يجـب أن نوليهـا جُـلّ اهتمامنـا كعلماء .

(Maerr, D, 1995, p:433)

ولـذا يـرى البعـض أن الإنفعـالات تمثـل بعـداً آخـر مـن الأبعـاد البيولوجيـة والفسـيولوجية للسـلوك إذ تمتلـئ حيـاة الفـرد بالإنفعـالات المختلفـة .. وقديمـا فـرق العلماء بين الحـالات المعتدلة والحالات الشـديدة مـن الإنفعـالات بـل وفرقـوا مـا بـين الحـالات الوجدانيـة (مثـل الشـعور العـام باللـذة والراحـة والـسرور) وبـين الحـالات الإنفعاليـة (مثل الشـعور بالسـعادة والحـزن العميـق والفـزع) إلا أنـه لا يوجـد حد فاصـل بين هذه وتلـك، كـما لا يمكننـا أن نتخيل أن هنـاك حدود فاصلة ما بـين الوجدانيات وبدايـة الإنفعـالات، لـذا يطلق العلماء حاليا على كل حالات الإنسـان إسـم : الإنفعـالات. (سـعد جـلال، 1985، 451)

وتتسم الإنفعالات عموما (بغض النظر عن نوعها) بثلاث صفات : -

1 – إنهـا حالـة وجدانيـة يصحبهـا إضطرابـات فسـيولوجية وتعبـيرات حركيـة مثـل إنفعـال الخـوف والحـزن .. وهـذه الإنفعـالات يكـون الفـرق فيـما بينهـا فـروق فى الدرجـة (أي الكـم).

2 – إن الإنفعـالات (بغـض النظـر عـن نوعهـا) تصحبهـا مجموعة من التغـيرات الداخليـة (أى التـى يشـعر بهـا الفـرد ويمكـن وصفهـا) ومظاهـر خارجيـة يمكـن ملاحظتهـا والحكـم عليهـا (مـن قبـل أكـثر مـن ملاحـظ خارجـى).

3 – إن الإنفعـالات (بغـض النظـر عـن نوعها) لا تسـتمر لفـترة طويلة بـل تكـون متغـيرة (ونحـن نعـبر عـن ذلـك بأقوالنـا بـأن الفـرح لا يـدوم والأحـزان لا تـدوم، وتبـات نـار تصبـح رمـاد، ويـوم حلو ويـوم مـر، والدنيا كـده وكـده، ودوام الحـال مـن المحـال، ولو دامـت لغيرك ما وصلـت إليك، وإذا جاءتـك الدنيـا فلا تغـتر، ويوم ماشى ويوم راكـب ... إلخ) (Carison.t .(& Hatfield, e, 1991

كـما أن الإنفعـالات قـد حازت على الإهتمام منذ القـدم، ونجد العديد مـن مؤلفـات علـم النفس كانت تدمج الدافعية مع الإنفعالات على أسـاس أنهـا وجهـان لعملـة واحـدة لـذا نجـد مثـلا – ماكدوجـل (صاحـب نظرية الغرائـز) قـد ذكر بوجـوب إنفعالات مصاحبة لكل غريـزة أو دافع. فالهرب الإنفعـال المصاحـب لـه الخـوف، وأن غريـزة القتـال الإنفعـال المصاحـب

لها هـو : الغضـب، وأن الإنفعـال المصاحـب للغريزة الجنسـية هو إنفعال : الشـهوة وهكـذا .. مـما يجعلنـا سـنقف – فيـما بعـد – عـلى حقيقـة أنـه مـن الصعـب تقديـم تعريف شـامل لمفهـوم الدافعيـة لأنه بالفعـل مفهوم معقـد ومرتبـط بالعديـد مـن المفاهيـم والحـالات المختلفـة التـى تعبر عن (أحـوال الشـخص). ناهيـك عـن الصعوبـات التـى رافقـت عمليـة (قيـاس الإنفعـالات) وقـدرة الأجهـزة (خاصـة جهـاز كشـف الكـذب) عـن (تقنين) إنفعـالات الشـخص وغيرهـا مـن القضايـا المرتبطـة بالإنفعالات.

(Corsini Encyclopedia, 2001, pp; 495 – 496)

متى ننفعل :

هـل الإنفعـالات (تظهـر وتختفـى) وفـق أسـس وقوانـين معينـة، أم هنـاك (عشـوائية) تحكـم ظهـور وإختفـاء الإنفعـالات؟

واقـع الأمـر أنـه مـن خـلال (متابعـة وملاحظـة ومراقبـة) إنفعـالات الشـخص وجـد أن الإنفعـالات تظهـر فى الحـالات الآتيـة :

1 – عندمـا يكـون الدافـع قويـا، لأن الدافـع كلـما كان قويـا كلـما صحبـه إنفعـال قـوى، وأن الإنفعـال هنـا يهيـئ الكائـن ويحشـد طاقاتـه ليبـذل جهـدا إضافيـا، ومن خـلال ألحاح الحالـة الإنفعاليـة المعتدلة يصبح الإنسـان أكـثر كفـاءة لأداء عملـه.

2 – عندمـــا يحبـــط الدافـــع أو يعـــاق، لأن إشـــباع الدوافـــع (دون وجـــود عقبـــات) لا يـــؤدى إلى إثـــارة أو إنفعـــالات اللهـــم إلا إنفعـــالات الفـــرح والســـعادة، بيـــد أنـــه إذا حـــدث إحبـــاط أو

منع لمتطلبات الدافع هنا تظهر الإنفعالات العنيفة وربما غير الناضجة.

3 – عندما يظهر الدافع بشكل مفاجئ، وهنا يستثار الإنفعالات لتعبئ مزيدا من الطاقة لتتلائم مع متطلبات الموقف الجديد.

(عبد الستار إبراهيم وآخرون، 1973، 247)

تعريف الإنفعال Emotion :

بالرغم من أن الإنفعال من المفاهيم الشائعة فى مجال علم النفس، فلا يوجد تعريف واحد يعترف به جميع المتخصصين فى مجال علم النفس :

وربما يرجع ذلك إلي جملة من الملاحظات نجملها في الملاحظات الآتية :-

- لأن الإنفعال يتمثل فى عملية ذات طبيعة مركبة إلى درجة أنه لابد من تحليل (الحدث الإنفعالى) إلى أجزاء من مختلف وجهات النظر.

- إن الإنفعال كان ينظر إليه على أساس أنه حدث شعورى، وتركزت المشكلات بين الإنفعال والتعبيرات الجسدية.

- يرى البعض أن الإنفعال عبارة عن نماذج إنعكاسية معينة للإستجابة (مثل الغضب والخوف والفرح .. الخ) تتصل بالمراكز العصبية فى منطقة الهيبوثلاموس.

- ويرى البعض أن مفهوم الإنفعال يجب إستخدامه بشكل أوسع وذلك على أساس أنه : إضطراب حاد ناشئ

عـن موقـف سـيكولوجى، ويظهـر فى الخـبرة الشـعورية وفى السـلوك، مـن خـلال التغـيرات فى الأعضـاء الحشـوية الداخليـة (عبـد اللطيـف خليفـة وآخـرون، 1990، 455).

وسـوف نعـرض - بإختصـار - لمفهـوم الإنفعال فى العديـد من المراجع :

* يرى مصطفى زيور أن مصطلح الإنفعال يشير إلى :

1 - الإنفعـال إصطـلاح فى علـم النفس يشـير إلى ما يتعـرض له الكائن الحى من تهيج أو إسـتثارة تتجلى فيما يطرأ عليه من تغيرات فسـيولوجية بغـض النظـر عن (مقـدار) التهيج سـواء أكان داخليا أم خارجيا.

2 - ولذلـك فـإن الإنفعـال - وفقـا لنظريـة سـارتر الوجوديـة - هـو موقـف مـن العـالم، وشـعور حيـال الآخـر وعلاقتـه بـه.

3 - فى يركـز أنصـار **التحليـل النفـسى** عـلى إبـراز صـلات الإنفعـالات المختلفـة بالبنـاء الـكلى للشـخصية، مـع التركيـز عـلى طبيعـة الإنفعـالات ذات الطابـع المـرضى.

4 - كـما يذكـر أيضـا طبيعـة الإنفعـالات وتأثيراتها السـيئة على جميع أجهزة الجسـم، ونشـوء فئة من الأمراض تسمى : الأمراض السيكوسوماتية.

5 - كذلـك فقـد أشـارت الدراسـات الكلينيكيـة إلى أن القـدر الأمثـل مـن الإنفعـال شرط أسـاسى للإقبـال المتحمس عـلى العالم والآخريـن، ومنح الفـرد القـدرة عـلى المثابـرة والإرتبـاط بالواقع.

6 – كذلك أبرزت الدراسات التقليدية فى علم النفس أهمية الإنفعال فى صوره المختلفة فى التعلم والتذكر والإدراك وغيره من الوظائف والعمليات النفسية (مصطفى زيور، 1975، 81 – 82).

وواضح أن أستاذنا زيور لا يقدم تعريفا للإنفعال، بقدر ما يبرز (النظرات) المختلفة للإنفعال فى (العديد) من الإتجاهات النفسية والفلسفية.

* تعريف الحفنى للإنفعال :

يرى أن الإنفعال هو طاقة مزاجية يمكن دراستها فى التوافق الإنفعالى للفرد، بما يتصف به من ثقة وطمأنينة وموضوعية، وفى التوافق الإجتماعى فيما يمكن أن يتسم به من ألفة وسيطرة وثقة.

ثم يغوص فى شرح ما يرتبط بالإنفعال من (متغيرات) مثل : النمط الإنفعالى emotional pattern، والنضج الإنفعالى emotional maturity، والتبلد الإنفعالى emotional apathy، والضبط الإنفعالى emotional control، والتنفيس الإنفعالى emotional relase وغيرها من المفاهيم المرتبطة قربا أو تداخلا مع مفهوم الانفعال، (عبد المنعم الحفنى، 1975، 264 – 265، جـ1).

* تعريف فرج طه وزملائه للإنفعال :

"إستثارة وجدان الفرد وتهييج مشاعره، وهو أمر متعلق بحاجات الكائن الحى ودوافعه .. ويستثار الإنفعال عندما يستثار الدافع، ويأخذ الشكل الذى يناسب ويتفق

معـه، وللإنفعـال عـلاوة على بطانته النفسـية له أيضا مظاهر فسـيولوجية عضويـة (فرج طه وآخـرون، 1993، 128).

تعريف موسوعة كورسينى فى علم النفس :

الإنفعـال هـو حالـة وجدانيـة تتسـم بالإضطـراب الشـديد، وأن الإنفعـال حـين يسـتثار لابـد أن تتفاعـل معـه الكثـير مـن أجهـزة الجسـم، وأن الإنفعـالات الحـادة إذا إسـتمرت فـترة طويلـة فإنها تترك الفرد فريسـة للعديـد مـن الأمـراض الخطـيرة (corsin encyclopedia, 2001, v.12, p: 495 - 496)

ونسـتطيع أن نخلـص مـما سـبق إلى **تقديم هـذا التعريـف** : الإنفعال هـو حالـة مزاجيـة تعـترى الشـخص، ولها أسـباب إمـا داخليـة أو خارجية، ويـأتى الإنفعـال كـرد فعـل لهـذه المثـيرات، محققا هدفـا معينا بعـد إظهار قاعـدة للآخـر وموقفـه مـن (الفعـل)، ومـع إنتهـاء الموقـف المفـترض أن ينتهـى الإنفعال.

مصطلح الإنفعال وما يرتبط به من مصطلحات أخرى :

1 - الإنفعال والدافعية :

كثـيرا مـا يخلـط الباحثـون بـين هذيـن المفهومـين، كـما ينظـر بعـض الباحثـين إلى الدوافـع كنتيجـة مترتبـة عـلى ظهـور الإنفعـال الإنسـانى إلى القيـام بإسـتجابات توافقيـة معينـة، كـما نجـد أن بعـض الدوافـع يمكن أن يترتـب عليهـا ظهـور إنفعـالات معينـة .. لكن توجـد فروق بـين الإنفعالات والدوافـع تتلخـص فى : -

أ - تسـتثار الإنفعـالات عـادة بواسـطة منبهـات خارجيـة فى حـين تسـتثار الدوافـع غالبـا بواسـطة منبهـات داخليـة.

ب – عندما نتحدث عن الإنفعالات يتركز إهتمامنا حول الخبرات الذاتية والوجدانية المصاحبة للسلوك فى حين أنه عندما نتحدث عن الدافعية نركز إهتمامنا عادة على النشاط الموجه نحو الهدف.

(عبد اللطيف خليفة وآخرون، 1990، 457).

2 – الإنفعالات والعاطفة :

يخلط البعض أيضا بين مفهومى الإنفعال والعاطفة بيد أن العاطفة لكى تتكون فلابد من تكرار الإنفعالات أكثر من مرة فالوطن – كمثال – الذى يوفر الأمن والأمان والعمل وكافة الضمانات لا شك أنه مع تكرار مثل هذا السلوك تتكون العاطفة والولاء تجاه الوطن. والخلاصة أن الإنفعال حالة ثائرة عابرة طارئة أما العاطفة فهى إستعداد كامن ثابت نسبيا ومركب من عدة إنفعالات تدور حول موضوع معين، وعلى هذا يكون الحب والكره والغيرة من العواطف لا من الإنفعالات، وحين تثار العاطفة تنبثق الإنفعالات المكونة لها، هادئة أو عنيفة، حسب المواقف والظروف (أحمد عزت راجح، 1985، 154).

3 – الإنفعال والحالة المزاجية :

كثيرا ما يخلط البعض بين الإنفعال والمزاج Mood، فالمزاج حالة إنفعالية معتدلة نسبيا تغشى الفرد فترة من الزمن أو تعاوده بين حين وآخر أى أنها حالة مؤقتة قد تصطبغ بالمرح أو الإكتئاب أو السعادة أو الحزن، وإذا إستثير الفرد فى أثنائها إنطلق الإنفعال الغالب على الحالة

عنيفـا، كـما أنه تجـذب الأفكار التى تنسـجم معها فالمكتئب تـراوده أفكار الإكتئاب.

والخلاصة أن الحالة المزاجية أقل عنفا وأطول بقاء من الإنفعال.

(أحمد عزت راجح، 1985، 154)

والخلاصـة أنـه عـلى الرغـم من وجـود تداخل بـين الإنفعـالات وبعض المفاهيـم الأخـرى (والتـى سـبقت الإشـارة إليهـا) إلا أن الشـئ الواضـح أن الإنفعـال حالـة تظل فريـدة وخاصة ومتميزة عن باقى الحـالات الوجدانية الأخرى.

مظاهر الإنفعال :

لكى يستثار الإنفعال لابد أن يرافقه مجموعتان من المظاهر هما : -

أ – المظاهر الفسيولوجية – المصاحبة للإنفعال :

حيـث تركـز الدراسـات على التغـيرات الفسـيولوجية والجسـمية التى تصاحبهـا إنفعـالا مـا .. ومن أشـهر الدراسـات فى هذا الصدد دراسـة كانون Canon والـذى أجـرى تجاربـه عـلى إنفعـالات الغضـب من خـلال إدخاله كلبـا فجـأة عـلى قطـة وهـى تتنـاول طعامهـا وقـد سـجل أهـم التغـيرات الفسـيولوجية والجسـمية التـى رافقت إنفعال الغضـب والتى تمثلت فى : -

- توقف المعدة عن القيام بعملية الهضم.
- إرتفاع ضغط الدم.
- زيادة عدد ضربات القلب.

- زيادة إفراز هرمون الأدرينالين فى الدم.

- زيادة كمية السكر فى الدم.

وأن التجارب التى أجريت فيما بعد قد توصلت إلى أن الحالات الداخلية المصاحبة للإنفعال تختلف فى حدتها وشدتها من إنفعال إلى آخر ومن موقف مثير إلي مؤقف مثير آخر :

(Myers,D 1993 1993)

إضافة إلى المظاهر الآتية : -

- تغير نظام عملية التنفس.

- تغير فى كيمياء الدم.

- جفاف الحلق والفم.

- إن الإنفعالات تسهل مرور التيار الكهربائى فى الجسم وتم قياس ذلك من خلال إستجابة الجلد لجهاز الجلفانومتر Galvnic skin Reaction

(Tavris.C 1989)

ب – المظاهر الخارجية للإنفعال :

وقد أجريت العديد من التجارب والدراسات فى هذا الصدد. ولعل من أهم (المحكات) الخارجية للإنفعال :

(أ) ملامح الوجه :

يعد الوجه أهم منطقة لإصدار تعبيرات غير لفظية ورغم أن تعبيرات الوجه تعتمد على أساس فطرى لدى الإنسان إلا أنها تتشكل وفقا للثقافات المختلفة. ونادراً ما تستخدم تعبيرات الوجه فى الحيوانات الأدنى مرتبة حتى القردة العليا فى الجماعات.

ويتعلـم الإنسـان كيـف يتحكـم فى تعبـيرات وجهـه أو كيـف يعبر عن نفسـه مـن خـلال تعبيرات وجهـه ورغـم أننا نسـتطيع بقدر مـن التدريب أو الألفة بالشـخص أن ندرك معنى تعبيرات وجهه التى يقصد إلى إرسـالها لنـا، أو تصـدر عنـه دون قصد منه.

وقـد إتضـح من خـلال التحليل الإحصائى وجود سـبع فئـات للتعبيرات الإنفعاليـة (كما تنعكـس فى الوجه) وهى :

السـعادة، المفاجـأة، الخـوف، الحـزن، الغضب، القرف (أو الإشـمئزاز)، الإهتـمام (عبـد اللطيـف خليفة وآخـرون، 1990، 472 – 473).

وقـد توصلـت الدراسـات والملاحظـات أيضـا أن إثـارة الإنفعـالات تنعكـس عـلى صفحـة الوجـه، وقـد أورد Myers وزملاؤه العديـد من صور الوجـه تلـك الصـور التـى إلتقطـت لتوضيـح : كـم الإنفعـالات، والأشـكال المتعـددة التـى يكـون عليهـا الوجـه حـال تعرضـه لإنفعـال معـين.

والجوانـب المختلفـة التـى يأخذهـا الوجـه حـين يشـعر بالخـوف، بالغضـب، بالمفاجـأة، بالحـزن .. إلـخ. (Mywers. D, 1995, 438 – 444)

ومؤكدين أيضا على الجوانب الآتية : -

- إن هذه الإنفعالات تظهر لدى الأطفال الرضع.

- إن هـذه الإنفعـالات تختلـف مـن ثقافـة إلى أخرى (مـن حيث الكم أو الكيف).

- إن هنـــاك جوانـــب مشـــتركة فى أى إنفعـــال. فالغضـــب

واحد إن إختلف التعبير عنه.

- إن الجوانب الثقافية – المعرفية (قد) تلعب دورا فى توجيه الإنفعالات. (Tavris, c 1989, pp : 213 – 219)

ب – التعبير بنظرة العين(*):

حيث اوضحت نتائج بعض الدراسات التجريبية أن هناك لغة للعيون يمكن أن تعبر عن إنفعالات الأفراد وإتجاهاتهم نحو الآخرين. فالأشخاص الذين ينظرون **مدة أطول إلى من يتحدثون معهم لن يفعلوا ذلك إلا مع الأشخاص الذين يحبون** أو يفضلون أثناء الحديث معهم، وقد تميزت الإناث بإطالة تبادل النظر أكثر مع بعضهم البعض أكثر مما يفعل الذكور، وتميز الذكور بأنهم أقل نظرا أثناء الإستماع لمن لا يفضلون.

ويلعب حجم إتساع العين دورا هاما فى إرسال الإشارات بالعين إلى الآخرين لهذا تحاول السيدات توسيعه بالبلادونا لزيادة جاذبيتهم، كما تبين إتساع العين لدى الذكور عندما عرض عليهم صور الإناث الجميلات وأن الدراسات قد أوضحت تغيرا فى إنسان العين، وفقا للحالة الإنفعالية.

(عبد اللطيف خليفة وآخرون، 1990، 477 – 478)

(*) لمزيد من المعلومات عن تعبيرات الوجه ولفتة والتعبير بنظرة العين راجع كتابنا : فن قراءة لغة الجسد (٢٠١٤ - الطبعة الثانية، مكتبة الأنجلو المصرية. وأيضا كتابنا : كيف تتعامل مع نفسك ومع الآخر. الصادر أيضا عن مكتبة الأنجلو المصرية، ٢٠١٥)

وظائف الإنفعالات :

هـل الإنفعـالات لهـا وظائـف، وإذا كان لهـا وظائف فـماذا يحدث إذا كفـت عـن أداء وظائفها؟

يمكن تحديد وظائف الإنفعالات فى :

1 – للإنفعـالات وظيفـة هامـة فى عمليـة الدافعيـة وتحريك السـلوك الـذى ينشـأ عـن وعـى الفـرد بإنفعـال معـين دون غـيره، فكل إنفعـال من الإنفعـالات ينشـط بدائـل متعـددة مـن الإنفعـال والسـلوك تسـاعد عـلى زيـادة الإنسـان عـلى التكيـف مـع المواقـف المختلفة.

2 – تؤثـر الإنفعـالات عـلى العمليـات المعرفيـة وعلى التنظيـم المعرفى للفـرد بوجـه عـام. فالإنفعـال محـدد هـام للإنتبـاه الإنتقـائى وبالتـالى يؤثر عـلى مـا ندركـه أو مـا لا ندركـه وعـلى مـدى دقة ذلـك الإدراك.

3 – الإنفعـالات تقـوى أشـكال التفاعـل القائمة بين الأفـراد وهى تمهل قيـام العلاقـات الإجتماعيـة، وعملية التواصل بين الأشـخاص، وأن إبتسـامة الطفـل فى وجـه الأم – كمثـال – تزيـد مـن أشـكال التفاعـل الإيجـابى لـدى الأم. (ممدوحـة سـلاحة، 2000، 240)

جوانب الإنفعال :

إن تحليل أى إنفعال من الإنفعالات (كالحب أو الغضب مثلا) سـوف تجعلنـا نـرى أنـه يتألـف من ثلاثـة جوانب أو عنـاصر يمكـن ملاحظتها، بل ودراسـتها دراسـة علمية وهى : -

1 – جانب شعورى ذاتى :

حيث يشعر الشخص المنفعل وحده ويختلف شعوره (بالتالى) من إنفعال إلى آخر، وهذ الشعور بالإنفعال يمكن دراسته عن طريق التأمل الباطنى أو الإستنباط (أى ما يقرره الشخص المنفعل مصداقا للمثل الشعبى : لا يشعر بالنار إلا اللى ماسكها أو كابشها في بعض الروايات).

2 – جانب خارجى ظاهر :

ويشمل مختلف التعبيرات والحركات والأوضاع والألفاظ والإيماءات التى تصدر من وعن الشخص المنفعل كالابتسام، الضحك، الصراخ، التنهد، التجهم ... إلخ.

3 – جانب فسيولوجى داخلى :

ونقصد بها كافة التعبيرات الفسيولوجية التى تحدث داخل الفرد مثل : إضطراب إفراز الغدد الصماء، تغير النشاط الكهربائى فى المخ، تغير ضغط الدم .... إلخ. (إبراهيم وجيه وآخرون، 1999، 334 – 335).

بعض نظريات التى حاولت تفسير الإنفعالات :

ومن هذه النظريات :

1 – النظريات الفسيولوجية الحشوية :

هذه النظرية قال بها **جيمس – لانج** James-Lang وتؤكد هذه النظرية على أن مصدر الإنفعال يؤدى إلى الإضطرابات الفسيولوجية الحشوية، ومن مجموع الإحساس بهذه التغيرات الداخلية التى ينتج الشعور بالإنفعال أى أن

الإحساس الحشوى الجسمى يسبق الإحساس الإنفعالى.

(أحمد عكاشة، 1975، 165، 166)

ويلخص "جيمس" نظريته بقوله : إن طريقتنا الطبيعية فى تناول هذه الإنفعالات الغريبة تملى علينا أن الإدراك العقلى لواقعة معينة يهيج الوجدان العقلى المسمى بالإنفعال، وأن هذه الحالة العقلية تؤدى إلى ما نراه من تغيير جسدى .. فالمثير ينبه أحد أعضاء الحس ومن ثم تنطلق تيارات كهربائية صاعدة إلي القشرة الدماغية تبعا لذلك الإدراك وتيارات أخرى تنبه الأحشاء والأوعية الدموية والعضلات فيصيب هذه الأخيرة الإضطراب فتنطلق منها تيارات عصبية عائدة إلى القشرة الدماغية، فإذا ما إستثيرت تلك الأخيرة بهذا الرجع العصبى شعرنا بما نسميه الإنفعالات. (لطفى فطيم، 1979، 56).

ويحاول أبو النيل أن يلخص نظرية جيمس – لانج فى هذه المعادلة

Stimulus = physicological = Emotional

أى أن المثيرات (سواء أكانت داخلية أو خارجية) تثير الحالات الفسيونفسية والتى تؤدى بدورها إلى ما يسمى الإنفعال. (محمود أبو النيل، 1984، 55)

وقد وجهت العديد من الإنتقادات إلى هذه النظرية منها:-

1 – إن جميع الإضطرابات العضوية التى يقال أنها سبب الشعور بالإنفعال توجد فرادى أو مجتمعة فى حالات

ليست لها طبيعة إنفعالية، فنحن نرتجف وتشحب وجوهنا فى حالة الخوف دون أن يكون لذلك تأثير إنفعالى.

2 – إن التغيرات الفسيولوجية تحدث فى إنفعالات يختلف بعضها عن بعض إختلافا كبيرا كالحزن والفرح.

3 – أجريت العديد من التجارب على الحيوانات كالقطط حيث قطعت فيها الإتصالات العصبية بين المخ والأحشاء، ومع ذلك إستمر الحيوان يبدى مظاهر الغضب والحركات المعبرة عنه .. ومن هذه التجارب يتضح لنا أن الإضطراب العضوى وإن كان يهيئ الفرد لإنفعال معين إلا أنه ليس شرطا ضروريا كافيا للشعور والسلوك الإنفعالى. (إبراهيم وجيه وآخرون، 1999، 342 – 343)

النظرية الثلاموسية أو المهدية :

وهى النظرية التى قدمها **كانون** Cannon والتى يرى البعض أنها قد نسخت من نظرية "جيمس – لانج" والمسماة بالمهاد البصرى وتفترض هذه النظرية أن المهاد هو المركز الإستراتيجى للعمليات العصبية التى تخدم الإنفعالات، فالإحساسات المختلفة من الجسم تصل من خلال مسارات الإحساس الصاعدة إلى المهاد، وهنا يصدر نوعان من التيارات العصبية أحدهما لقشرة المخ للشعور بالإنفعال والآخر للمهاد تتغذى مجموعات الخلايا المهادية للعضلات والأحشاء والغدد التى تعطينا التعبير الجسدى للإنفعال (أحمد عكاشة 1975، 161).

أى أن التغيرات العضوية والمشاعر الإنفعالية يحدثان

فى نفس الوقت على حين أكدت نظرية جيمس بأنه لابد من مرور وقت يطول إلى عدة ثوان بين حدوث الإضطرابات الحشوية والشعور بالإنفعال وهو ما يخالف الواقع (لطفى فطيم، 1979، 62).

وقد تعرضت هذه النظرية إلى النقد من جانب بعض علماء النفس وخاصة فيما يتعلق بإشراف منطقة الهيبوثلاموس على الشعور بالإنفعال، مع أن هذه النظرية وغيرها من نظريات سبقتها لم تحل مشكلة تفسير الإنفعال إلا أنها ألقت كثير من الضوء على الفسيولوجية المتضمنة فى الإنفعال.

الإنفعالات من وجهة نظر مدرسة التحليل النفسى :

أسهمت نظرة التحليل النفسى فى إبراز العديد من الجوانب فى الإنفعالات مثل البحث فى مصدر الإنفعال وطاقته، فعندما بدأ فرويد بحوثه فى الأمراض النفسية إكتشف فى البداية أن الأعراض العصابية إنما تنتج عن شحنات إنفعالية حبيسة إتخذت مسارات شاذة للتعبير عن نفسها، وإستطاع أن يكشف عن أصل تلك الإنفعالات فى مواقف قديمة تصل فى قمتها إلى مراحل الطفولة المبكرة حيث أثيرت إبان فترة الطفولة المبكرة العديد من المشاعر المتصارعة مما أدى بالطفل إلى كبتها، لكن الكبت لا ينهى عليها بل يجعلها تحاول الفكاك منه فلا تجد سبيلا لذلك إلا فى الأعراض، ومن تفحص تلك الخبرات وجد أنها جميعا تتصل بإستثارات جنسية لم تجد فى الطفولة مجالا للتنفيس والإشباع وصاغ فرويد هذا الأمر فى أن الطاقة الجنسية

التـى أطلـق عليهـا تعبـير : **الليبـدو** Libido عندمـا تعاق عن بلـوغ هدفها تتحـول إلى شـحنة إنفعاليـة تبغـى وتهـدف إلى الإنطلاق والعتـق والتصرف وتتحين الفـرص للإنطلاق.

ثـم تحـول (فرويـد) إلى أصـل تلـك الطاقـات الليبيديـة فتبـين لـه أنـه عنـد ولادة الطفـل يسـتثمر هذه الطاقة فى جسـمه أولا وتتخذ من جسـده أول موضـوع لهـا. وقـد أسـمى الليبيـدو فى مرحلـة المهـد : بالليبـدو الذاتي أو النرجـسي Narcis-sistc، ومـع التقـدم فى العمـر، ومـن خـلال الإحتـكاك بالواقـع يظهـر الليبيـدو الموضوعـى object libido والـذى يعنـى أن كل إسـتثمار للطاقـة الليبيديـة فى العـالم إنمـا تعنـى نقصـان الليبيـدو النرجسي وعشـق الذات.

إلا أن تحـول الليبيـدو مـن (النرجسـية إلى الموضوعيـة) قـد يقابلـه العديـد مـن العقبـات والإحباطات. ومن هنـا قد ينطلـق الليبيدو النرجسي (لأن الأصـل والأسـاس فقيـل إن عشـق الآخر لابـد أنه عشـق ذاتى) بطريقة مخفـاه وإشـباعا لـه بأسـلوب تخييـلى Fantastic وتصويرا لحالـة الحرمان القديـم بشـكل مفاجـئ غامـض وقـد أثـارت هـذه النظريـة العديـد مـن التسـاؤلات مثـل : -

1 – هـل يـؤدى تطـور الليبيـدو مـن النرجسـية إلى الموضوعيـة إلى حـدوث تغـير فى إدراك الواقـع؟

2 – هـل تعـد مثـيرات الإنفعـال إذاً مجـرد بدائـل لأمـور أصليـة فى الـذات أثـارت المشـاعر ولكنهـا لم تسـمح لهـا بالإنـصراف؟

3 – مـا هـى طبيعـة مثيرات الإنفعـال عندما ينفعل الشـخص وما هو تقديـره لها؟ (أحمد فائـق، 1984، 339 – 342).

4 – نظرية الجشطلت فى الإنفعال :

وتتميـز هـذه النظرية فى كشـفها العلاقة بين الإنسـان المنفعل وسـبب الإنفعـال، وأهـم مـن ذلـك كشـفها عـن الـدور الشـخصى الـذى يلعبـه الإنسـان المنفعـل فى إنفعالـه، ولتوضيـح الأمـر نفـترض أنـه قد أتى لشـخص برقيـة تحمـل أخبـارا سـارة، نجـد أنـه أثنـاء القـراءة تتخلـل وجهه أسـارير الفـرح وقـد يميـل إلى تقبيـل البرقيـة أو الأشـخاص المحيطـين بـه.

أى أننا يمكن أن نكتشف هذه الأمور : -

أ – أنه تغير قد طرأ على الشخص فأصبح فى غير ما كان عليه.

ب – إنه تغير قد حدث للعالم أيضا فأصبح ليس ما كان عليه.

جـ - إنـه تغـير يريـد الشـخص أن يفرضـه عـلى العـالم حتـى لا يظـل عـلى مـا كان عليـه.

د – إنـه تغير قـد أحدثـه العـالم فى الشـخص فلـم يعـد كـما كان عليه إلا أن الشـخص (المنفعـل) يحـاول فى لحظـة تغيـير العـالم وإسـتجابته لتغيـير العـالم لـه. وأن المـرء لايمتلـك إعتقـادا سـحريا يـؤدى إلى إنهيـار الحـد الفاصـل بـين الـذات والعالم، وليـس إنهيـارا لتلك الحـدود ويؤدى إلى حـدوث الإعتقاد السـحرى فى الإنفعـال، أنه الأمران معا وحدة جشـطالتية،

وأن الإنفعال لدى الجشطالتيين هو موقف كلى فى العالم ومن العالم (أحمد فائق، 1984، 337 – 339).

طرق قياس الإنفعالات :

تقاس الإنفعالات بعدة طرق منها : -

1 – **إستجابة الجلد لجهاز الجلفانومتر** Galvanic skin reaction :

إذ يمسك الفرد أسلاك هذا الجهاز الحساس بيده، وتكمل الدائرة الكهربائية بسلك آخر يمسكه بيده الأخرى. فيتذبذب مؤشر الجهاز مبينا مدى الحالة الإنفعالية للفرد.

وفكرة الجهاز قائمة على مقوله مؤداها أن الجلد متصل بنشاط غدة العرق ولذا فإن الجلد يعكس – بسهولة – تامة – أى تغيرات يمكن أن تحدث من خلال تعرض الفرد لهذا الجهاز.

2 – جهاز كشف الكذب :

وهو جهاز يسمى البولى جراف Polygraph (أى متعدد الكتابات) ويسجل أى تغيرات قد تحدث فى النبض، وضغط الدم، والعرق، وإستجابة الجلد للتذبذب الكهربى، وهذا الجهاز يسجل استجابات للفرد وفى مرتين مختلفتين (ما قبل التجربة) و (بعد التجربة) حتى نتمكن من إجراء المقارنات اللازمة لذلك.

ويفترض أن شعور المفحوص بإرتكاب ذنب ما سيظهر فى زيادة الإستجابات الفسيولوجية عند إجابته على الأسئلة الحرجة. بيد أن المشكلة أن الشخص (البرئ) قد يصاب

بالإضطـراب حـين يدخـل إلى المعمـل لإجـراء التجـارب عليه بواسـطة هذا الجهـاز، وبالفعـل تنقـل الإضطرابـات وتظهـر أن لهـا دلالـة ومعنـى وفقـا لقـراءة هـذا الجهـاز، أو قـد يحـدث العكـس حـين يتمكن شـخص محترف مـن (الكـذب عـلى جهـاز كشـف الكـذب) ولعـل بعـض المسلسـلات التـى عرضهـا التليفزيـون المـصرى وبعـض أفـلام الجاسوسـية (مثـل فيلـم إعـدام ميـت) ومسلسـل (دمـوع في عيـون وقحـة) ومسلسـل (رأفـت الهجـان) وغيرهـما قـد أظهـر هـذه الحقيقة، ذلـك لأن الشـخص الذى تـم (تدريبه) عـلى العمـل فى (الجاسوسـية) يعلـم أن مـن ضمـن الحيـل التى يلجـأ إليها (أصحـاب الطـرف الآخـر – المُعـادى) هو وضعـه على جهاز كشـف الكذب ويسـتعد لذلـك بـأن يتـدرب هـذا التدريـب يقلـل مـن كميـة القلـق بـل ويجعـل الشـخص قـادرا عـلى التحكـم فى إنفعالاتـه ومـا يرتبـط بهـا مـن تغيرات.

3 – جهاز لكشف الكذب عن طريق الصوت :

وهـو جهـاز حديـث تـم تطويـره ويقـوم بقياس بعـض التغـيرات التى تحـدث فى صـوت الأشـخاص والـذى لا يتـم إلتقاطهـا، بـالأذن العاديـة ... ولعـل (الرعشـة) الخفيفـة التـى تنتقـل إلى الأحبـال الصوتيـة يتـم كشـفها عـن طريـق نشـاط الجهـاز العصبـى الـذاتى حـين يكـون المتكلـم تحـت ضغـط وهـذا الجهـاز يطلـق عليـه جهـاز تحليـل الصـوت عنـد الضغـط أو عنـد التعـرض للضغـط Voice stress analyses وبالجهـاز شريـط ورقـى تسـجل عليـه رسـما تخطيطيـا لصـوت المفحـوص حـين يكـون مسـترخيا (بـدون توتـر) ثـم يتـم تعريـض الفـرد للتوتـر، ويتـم

التسـجيل، وتفيـد المقارنـة فى الحالتـين فى التعـرف عـلى مقـدار: صـدق وتلقائيـة أو كـذب الشـخص مـن خـلال تحليـل الرسـم (ممدوحـة سـلامة، 2000، 246).

4 – إختبار التداعى الحر :

عـرف علـماء النفـس منذ مدة طويلة أن الشـخص الـذى يعانى إنفعالا قويـا يظهـر ذلـك فى سـلوكه بشـكل أو بآخـر وطريقـة التداعـى الحـر مـن الطـرق الكلاسـيكية لمعرفـة طبيعـة إنفعـالات الفرد حيث يطلـب منه فيها أن يـرد أو يسـتجيب بـأول كلمـة تخطـر عـلى بالـه مـن منبهـات لفظيـة معينـة بـأسرع مـا يمكـن عـلى أسـاس أن الكلـمات التـى تحمـل شـحنات إنفعاليـة شـديدة تظهـر فى إسـتجاباته بطـرق مختلفـة.

ولعل يونج يعد من أشـهر من إسـتخدم تكنيك التداعى فى هذا الأمر، ولـذا قـام بإعـداد قائمـة موحـدة بالكلـمات المنبهـة التـى يقدمهـا لمرضـاه ووجـد أن المشـاكل الإنفعاليـة لـكل شـخص تتكشـف تبعـا لنـوع إجابتـه عـلى هـذه الكلـمات ، وكذلـك تبعـا لمتغـيرات أخـرى منهـا المـدة اللازمـة للإجابـة والتعلثـم، وعـدم الإجابـة وتغـير التعبـيرات وتكـرار إسـتجاباته، أو حتـي العجـز عـن تقديـم الاسـتجابة (ومـن الجديـر بالذكـر ان كاتب هذه السـطور قد اسـتخدم هذا التكنيك إبان دراسـته الميدانية علي المسـجونين في أطروحتـه للماجسـتير وقـد توصل إلي نتائـج ثرية ومهمة ودالـة) ... إلخ (عبـد السـتار إبراهيـم وآخـرون، 1973، 255 – 256).

الإنفعالات والإضطرابات النفسية والعقلية :

1 - الإنفعال والجسد :

تلعب الإنفعالات أدوارا كبرى فى إثارة الحالة العضوية. من ذلك أنه "قد دلت التجارب الإكلينيكية فى ميدان الطب النفسى على أنه إذا ما قامت فى سبيل التنفيس عن الإنفعال عوائق صادرة من البيئة، ومن عقائد الإنسان وأوهامه فإن نضالا يقوم فى النفس لا يلبث أن يقف منه صاحبه موقف النعام من الخطر الذى يهددها عندما تضع راسها بين قوائمها فلا تراه. وبعبارة أخرة فإن الانسان بطبيعته ميالاً إلى التخلص من ألم النضال النفسى بأن يمنع موضوعه من الظهور فى حيز الشعور ولكن النضال المستبعد من حيز الشعور قد يخلق حالة دائمة من التوتر وقد تكون سببا فى إضطرابات دائمة فى الوظائف العضوية" (مصطفة زيور، 1984، 248).

ويفسر ما سبق عادل صادق بأن : الضغوط ترهق النفس، والنفس حين تنؤ بحملها يشاركها الجسد. فالجسد قد يتفاعل مع الضغوط فيصيبه الإضطراب المؤقت أو الدائم. وقديعانى الإنسان من أعراض مختلفة قد تستمر دون أن تعرف لها سببا كالقئ والغثيان والدوخة وطنين الأذن وآلام البطن أو الظهر أو الصداع .. إلخ.

وقد يصاب الإنسان بأزمة صحية حادة كالذبحة الصدرية أو جلطة فى أحد شرايين القلب أو المخ أو قد يصاب بشكل مفاجئ بمرض السكر أو حدوث تسمم فى الغدة الدرقية أو

حـدوث إرتفـاع فى ضغـط الـدم .. وبالسـؤال الدقيـق نجد أن هذا الإنسـان قـد تعـرض قبل بـدء هذه الأعراض والأزمات الصحية الجسـدية إلى ضغوط هائلـة وأحـداث مؤلمـة وموجعـة فى حياته أخلـت بتوازنه وإسـتلزمت منه جهـدا وسـببت لـه إجهـادا لإعـادة التكيف .. فـإذا كانت الضغوط بسـيطة يمكـن أن يتكيـف معهـا، وإذا كانـت ضغوط هائلة ويصعـب التعامل معها وإزالتهـا فى حينهـا فهـى تسـبب إعاقـة وألمـا ومعانـاة. والطبيـب الواعـى هـو الـذى يهتـم بصحـة مريضـه النفسـية والعضويـة معا وهو الـذى يهتم بصحـة مريضـه كوحدة واحدة كإنسـان.

كـما يشـير بأنـه لا يمكـن فصـل النفـس عـن الجسـد، ولا يمكـن فصـل الواقـع النفـسى والحيـاة الوجدانيـة الذهنيـة للإنسـان عن التفاعـلات التى تتـم داهـل خلايـا أعضـاء الجسـم. فالمعـدة تتأثـر بالحـزن والقلـب يتأثـر بالقلـق، والشرايـين تطبـق وتـزداد سرعـة التجلـط للضغـوط (عـادل صادق 1991، 58).

وكل مـا سـبق أدى إلى نشـأة مـا يسـمى بالأمـراض السيكوسـوماتية أو الأمـراض النفسفسـيولوجية والتـى تتميـز بوجـود أعـراض جسـمية نتيجـة لعوامـل إنفعاليـة وتمثـل عضـوا واحـدا مـن الأعضـاء التـى تغذيهـا أعصـاب الجهـاز (الأنونومـى) وتتضمـن المظاهـر الفسـيولوجية تلـك المتغـيرات التـى تصاحـب عـادة الحـالات الإنفعاليـة إلا أن التغـيرات فى الحـالات النفـس فسـيولوجية تكـون أكثر شـدة وأطـول بقاء وقـد لا يكون

الشـخص واعيـاً بحالتـه الإنفعاليـة (محمـد أحمـد صديـق، 1999، 20 – 22).

وقـد تنتـج الأمـراض أو الاضطرابـات عـن أسـباب نفسـية يكـون لهـا دور كبـير فى حـدوث الأمـراض السيكوسـوماتية التـى تظهـر فى صـورة آلام وإضطرابـات جسـمية، فقـد يسـبب الضغـط الإنفعـالى الملـح والـصراع النفـسى فسـادا فى نظـام الضبـط والإتـزان الهرمونى أو تمزقا فى أجـزاء معينة مـن الجسـم فـإذا كانت الضغـوط مزمنة فـإن الرئتين يحدث لها تشـنجات ويبـدأ الجهـاز الـدورى فى التوتـر وقد تبدأ المعدة فى هضم نفسـها .. إضافة إلى حـدوث العديـد مـن الإضطرابـات الجسـدية وهنـا يبدأ الشـخص رحلة (طويلـة) مـع الأطبـاء (العضويـين) دون جـدوى إلا أن إختفـاء العـرض في مـكان قـد يـؤدى إلى ظهور أعـراض أخرى فى أعضاء جسـمية أخري، وهكذا نصبـح أمـام حالة مـن تعدد الأعراض لكن الأسـباب الكامنة تكـون واحدة. مـما يجعـل الشـخص يدخـل فى دائـرة مفرغة مـا لم تحل العوامل النفسـية الكامنـة خلـف الأعـراض وتنوعاتها

(Gallatim, J, 1982, p : 212 – 213)

2 – الإنفعال والخوف :

يحـــدث للإنســـان وكذلـــك للحيـــوان إســـتعدادا عامـــا للخـــوف والإبتعـــاد عـــن الأشـــياء والمواقـــف التـــى تـــؤلم الجســـم وتؤذيـــه أو التـــى يتوقـــع منهـــا الألم والأذى أو أى موقـــف يهـــدد بهـــذا الألم والأذى يشـــكل لـــدى الفـــرد خطـــرا أو مخافـــة .. وقـــد إختلـــف

العلـماء فى تحديـد عـدد المثيرات الفطريـة للخـوف فمنهـم مـن يقول إن الألم الجسـمى هـو المثـير الفطـرى الوحيـد للخـوف عنـد الإنسـان وما عدا ذلـك مـن مخـاوف فهو مكتسـب مشـتق مـن طـرق التعلم ولعـل التجربة الشـهيرة التـى أجراهـا واطسـون تبـين لنـا كيـف يكتسـب الطفـل مخاوف جديـدة شـاذة عـن طريق (الإقـتران) إقتران شـئ مخيف بآخـر غير مخيف كـما يمكـن أن تحـدث مخاوف شـاذة وغير طبيعية (كالخـوف من الصرصار أو الفـأر أو الظـلام أو الوحـدة أو عبـور الشـوارع ... إلخ).

بـل قـد تبـدو مظاهـر الخوف عنـد بعض النـاس فى تجنـب المغامرات والحـرص والحذر الشـديد. (أحمد عزت راجـح، 1985، 167 – 168). (ومع كـثرة انقطـاع الكهربـاء في الوقت الراهـن ولمرات ولفـترات طويلة قد جعل البعـض يخـاف أن يغـادر شـقته خوفـاً مـن ان تقطـع الكهربـاء وهـو في المصعـد مثـلا وغيرهـا من المخـاوف التي من الممكـن أن نطلـق عليها زملة المخـاوف المرتبطـة بانقطـاع الكهربـاء. أمـا أسـباب انقطـاع الكهربـاء فهذا ليـس موضوعنـا الان ولابعد الان).

ولعـل الرابـط بـين خـبرة سـيئة أدت إلى إنفعـالات سـيئة قـد (ثبتـت) فى ذهـن الفـرد أن عليـه ألا يقـترب مـن هـذا الشـئ حتـى لا يعـاوده نفـس (الإحسـاس) المـؤلم، ومـن هنـا فإنـه فى دراسـة إنفعـالات الخوف قد إجتهـدت كافـة مـدارس علـم النفـس فى تفسـيره، والأسـباب التـى تـؤدى إلى حدوثـه، وفى المقابـل تـم تأسـيس إسـتراتيجيات يتبعهـا المعالجـون النفسـيون لإزالـة المخـاوف والتـى تعـد – مـن ضمن أسـبابها – أفـكار غير

عقلانيـة (يعتقـد) فى صحتهـا الشـخص دون سـند أو دليـل مـن الواقـع، مـما يجعـل الشـخص يخـشى (المغامـرة) ويفضـل (التجنب) هروبـا مما قد يتعـرض لـه مـن آلام (فى ذهنـه هـو) (محمـد حسـن غانـم 2001).

3 – الإنفعال والقلق :

القلـق هـو أحـد أشـكال الإنفعـالات غـير السـارة، ولم يحسـم العلماء قضيـة إمكانيـة إعتبـار القلـق (مرضا) فى حد ذاته أم أنـه يدخل فى الأمراض والإضطرابـات الأخـرى، لأن الحقيقـة أن كافـة الإضطرابـات يكمـن ورائهـا (بـل المفجـر الرئيـسى لهـا) يكون هـو القلق.

والقلـق : شـعور غامـض غير سـار بالتوجس والخوف والتحفـز والتوتر مصحـوب عـادة ببعض الإحساسـات الجسـمية خاصة زيادة نشـاط الجهاز العصبـى الـلاإرادى والـذى يـأتى فى نوبات تتكـرر مع نفس الفـرد مثل : -

- الشعور بالفراغ فى فم المعدة.
- أو (الشعور بالسحبة أو الثقل) فى الصدر.
- أو ضيق فى التنفس.
- أو الشعور الشديد بنبضات القلب.
- أو الصداع المزمن.
- أو كثرة الحركة ... إلخ.

وهناك مجموعة من الفروق ما بين القلق والخوف تكون كالآتى : -

- القلق ـــــــــــــــ الخوف

- السبب أو الموضوع ـــــــ مجهول ـــــــ معروف

- التهديد ـــــــ داخلى ـــــــ خارجى

- التعريف ـــــــ غامض ـــــــ محدد

- الصراع ـــــــ موجود ـــــــ غير موجود

- المدة ـــــــ مزمـن ـــــــ حادة

(أحمد عكاشة، 1982، 107 – 108)

ويتعـرض الطفـل فى مراحل نمـوه إلى كثير من المواقـف والخبرات التى تسـتثير فيـه مشـاعر القلـق وتفـرز فيه بـذوره، فالقيـود التى تفـرض عليه بحكـم ضعفـه وحاجاته للغير كشـعوره بهذا الضعـف وأن النتيجة الحتمية لذلـك يكـون شـعوره بالقيود وشـعوره [انـه ليس حرا فى نفسـه، وقد يكون هـذا الشـعور أكـثر مـما تحتمـه ذاته فينمـو الطفل مهـددا بالعقـاب الذى تفرضـه عليـه هـذه القيـود إذا خرج عليهـا (عبد السـتار إبراهيـم وآخرون 1973، 275 – 276).

ولذلـك يوجـد العديـد مـن الأسـاليب العلاجيـة التـى يجـب أن تتبـع لتدريـب الشـخص عـلى كيفيـة التخلـص مـن (قلـق) المـرض. وإكسـاب الشـخص العديـد مـن أسـاليب (المهـارات الإجتماعيـة) لـكى يتعامـل (بكفـاءة) و (توافـق) مـع ذاتـه أولا ومـع الآخريـن.

(Liberman. R., Derisi. w & Musedserk, 1989) Lavren, Be-tal, 1999, pp : 148 – 19).

والخلاصـة أن إنفعـال القلق هـو أحد الإنفعالات التى تسـتثار ويكون واضحـا في حالات الانفعالات .

4 – الإنفعال والغضب :

قد يكون الغضب فى حد ذاته إنفعالا مستقلا، حيث يعبر الشخص عن عدم موافقته فى موقف معين، أو من شخص ما. وهنا تنتاب الشخص العديد من الإنفعالات التى (يضطرب) لها كافة أجهزة الجسم، وتكون علاماتها بارزة وواضحة على وجه الآخر، وتتضح من خلال خلجات الصوت، وتوتر عضلات اليد، ولذا يربط البعض بين إنفعالات الغضب والعدوان، وتوصلت نتائج العديد من الدراسات التى تناولت (المجرمين) وأرباب السوابق .. أن البداية كانت إنفعال غضب، وأن العقل قد توقف عن التفكير ووزن وتقييم الأمور (لثوانى) وأنه فى خلال هذا التوقف قد (قرر مصادفة) القيام بفعل (ضد) الطرف الذى أهانه أو أغضبه فقتله، ولم يستشرف (لأن عقله قد توقف) التداعيات التى من الممكن أن يحدثها هذا الفعل الإجرامى. (Tayis, C 1989, : 55 – 91)

والعديد من التجارب التى أجريت على الإنسان بل والحيوانات قد أكدت إقتران إنفعال الغضب بالعدوان مع الأخذ فى الإعتبار إمكانية تعدد أشكال العدوان تجاه (الطرف) الذى أحدث الإحباط أو أثارة انفعال الغضب للشخص. (Darwin, C, 1985)

والواقع أن الغضب والإنفعالات المصاحبة له تعود بالإنسان فى كثير من الحالات إلى مستوى بدائى فى حكمه على واقعة، أى أننا ننفعل عندما نكون فى حالة إحباط

ونجـد أن رغباتنـا قـد أصبحـت فى خطـر، ويسـتثار إنفعالنـا عـن طريـق الـردة أو النكـوص Regrassion إلى نمـط سـابق مـن الإسـتجابة للإحبـاط عـلى الإسـتجابة الطفليـة، والواقـع أن هنـاك حـدا أو مسـتوى معينـا فى الإحبـاط إذا تعـداه التوتـر أدى إلى أشـكال مـن الأثر على السـلوك مختلفة فى نوعيتهـا، يسـمى هـذا المسـتوى : **بعتبـة الإحبـاط**. وقـد يعانى الشـخص درجـة عاليـة من الإحباط والـصراع دون أن تبدو عليـه علامات الإضطراب، ربمـا يسـتمر فى الكفـاح مـن أجـل الهـدف أو البحـث عـن طـرق جديـدة أو أهـداف بديلـة، ويحـاول الوصـول إلى إختبـار واقعـى شـديد ولكنـه عندمـا يطـرد إزديـاد التوتـر فقـد يغدو منهاجا بأشـد مما يجـب ويضطرب إنفعاليـا بحيـث لا يطيـق معالجة المشـكلة والموقن بوسـائل بنائـه وعندئذ نقـول إنـه قد تعدى حـد إحتماله للإحبـاط (عبد السـتار إبراهيم وآخرون، 1973، 264).

5 – الإنفعالات والإضطرابات العقلية :

ترتبط صحة الإنسـان النفسـية والعقلية بل وسـواء سـلوكه من خلال (سـواء) إنفعالاته ونضجها وأن تكون مناسـبة للحدث أو الموقف، وأنه مع إنتهـاء الموقـف المفـروض أن تتغير الإنفعالات، كما أن إسـتمرار الإنفعالات بصـورة أكـثر حـدة (سـواء أكانت إنفعـالات سـارة أو مؤلمة جـدا) تقود إلى العديد مـن الإضطرابات.

إن إضـــطرابات الإنفـــعال Emotion Disorder تقـــود إلى العديـــد مـــن الإضـــطرابات. "ويقصـــد بإضـــطراب الإنفعـــال

فى الفـرد عـدم مناسـبة الإنفعـال سـواء مـن حيـث شـدته أو مـن حيـث نوعـه – للموقـف الـذى يعايشـه الفـرد.

وعلى هذا سوف نجد أنواعا عدة من إضطرابات الإنفعال منها :

الإضطراب الهوسى :

وفيـه يبـدو الشـخص مرحـا متفائـلاً سـعيدا مرتفـع الـروح المعنويـة، مقبـلا على الحياة فى إسـتمتاع ونشـاط زائدين، وهنـاك الإضطراب المناقض تماما والـذى يعـرف بحالـة الإكتئـاب وفيه يبدو الشـخص حزينـا، مهموما، كثـير البكاء، متشـائما، يائسـا من الحيـاة، أو معتقدا أنه لا يسـتحقها ويفكر جديـا فى إنهائهـا، وقـد ينتهـى به الأمـر بالفعـل إلى الإنتحار.

كـما أن هنـاك عرضـا آخـر مـن إضطرابـات الإنفعـال يتمثـل فى عـدم إسـتقرار الإنفعـال Emotion instalility، ويتمثـل فى ضعـف سـيطرة الشـخص عـلى إنفعالـه، بحيـث يثـير إنفعالـه – سـواء السـار أو الحزيـن – أضعـف المثـيرات، فـإذا بالفـرد يبـكى وينتحب بشـدة مـن مجرد مشـاهدة روايـة محزنـة أو يفـرح لدرجـة تخرجـه عـن وقـاره وكذلـك تعـد البـلادة الإنفعاليـة Emotional Hebetude نوعـا مـن إضطرابـات الإنفعـال، وفى هـذه الحالـة تبـدو إنفعـالات الشـخص متبلـدة إزاء مـا يسـمع أو يرى من أحـداث سـواء سـارة أو محزنـة حتـى بالنسـبة لأقـرب المقربـين إليـه (فرج طـه، 1979، 71 – 72).

وغنـــى عـــن البيـــان أن مـــرض الهـــوس والإكتئـــاب (الثنـــائى القطـــب) أو كمـــرض فى حـــد ذاتـــه (مـــرض الهـــوس) و (مـــرض

الإكتئـاب) مـن الأمراض الذهانية والتى تشـخص وفق محـكات معينة، بل كثـيرا مـا تقتـضى الأمـور حجـز الشـخص فى مستشـفى لأن هـذا الإضطراب يجعـل الشـخص خطـرا عـلى نفسـه وعـلى أقـرب الأشـخاص لـه ومـن هنـا لابـد مـن جحـزه حمايـة لنفسـه وللمجتمـع مـن أخطـار ردود أفعالـه (اللامعقولـة) وغـير المتوقعـة. (محمـد حسـن غانـم 2007، 2014).

فوائد الإنفعالات :

الإنفعـالات إذا كانـت معتدلـة ومتوازنـة تعـود عـلي الفـرد بمجموعـة مـن الفوائـد نسـتطيع تلخيصهـا فى : -

1 – تزيـد الشـحنة الوجدانيـة المصاحبـة للإنفعـال مـن تحمـل الفـرد وتدفعـه إلى مواصلـة العمـل وتحقيـق أهدافـه.

2 – للإنفعـال قيمـة إجتماعيـة فالتعبـيرات المصاحبـة للإنفعـال تكون ذات قيمـة تعبيريـة تربـط بـين الأفراد وتزيـد من فهمهـم لبعضهم البعض.

3 – تعتـبر الإنفعـالات مصـدرا مـن مصـادر السـرور. فكل فـرد يحتاج إلى درجـة معينـة منهـا إذا زادت أثـرت عـلى سـلوكه وتفكـيره، وإذا قلـت إصابتـه بالملل.

4 – تهيـئ الإنفعـالات الفـرد للمقاومة من خلال تنبـه الجهاز العصبى الـلاإرادى (عبد اللطيف خليفة وآخرون، 1990، 492).

ولا يقتــصر دور الإنفعــالات عــلى مــا ســبق فقــط بــل يمكــن أن تســاهم أيضــا فى إصابــة الفــرد بالعديــد مــن الإضطرابــات

النفسـية والعقليـة إذ توصلـت العديـد مـن الدراسـات والملاحظـات الكلينيكيـة إلى أن جميـع الإضطرابـات النفسـية والعقليـة يكمـن خلفهـا إنفعـال القلـق .. هـذا الإنفعـال الـذى يكـون العامـل الحاسـم والرئيـسى ومحـور هـذه الإضطرابـات.

كـما أن عـدم التحكـم فى الإنفعـال – وخاصـة إنفعال الغضـب – يقود الشـخص إلى إمكانيـة إرتـكاب الجريمـة .. ولذا فقد أعطى الإسـلام – كمثال – لإنفعـال الغضـب الكثـير من العناية والإهتمام وأحاديث الرسـول – صلى اللـه عليـه وسـلم – فى كيفيـة التعامـل مـع الغضـب واضحـة وأن المسـلم القـوى هـو الـذى يملك نفسـه عنـد الغضـب لأن الإستسـلام لهـذا الإنفعال يقـود إلى مـا لا يحمـد عقبـاه حيـث لا ينفع النـدم بعد إرتـكاب الجريمة.

كـما أن الإنفعـال الزائـد – غـير المرشـد – يمكـن أن يقـود بالفـرد إلى عـدم إتخـاذ القـرار الصائب خاصـة إذا كان هذا القرار مرتبـط بمصير الفرد مثـل : إتخـاذ قـرار سـفر، أو زواج، أو طلاق، أو إرتباط بشـخص ما فى علاقة تجاريـة مثـلا .. حيـث تكـون النتائـج (إذا لم تجمـع المعلومـات الكافيـة وتتخـذ القـرار بهـدوء وتـروى) وخيمـة والمفـترض أن تكـون الإنفعـالات – أخيرا – تتسـم بـالآتى :

1 – أن تكون مناسبة.

2 – أن تكون متوازنة.

3 – لا إفراط ولا تفريط.

4 – أن لا تستمر فترة طويلة بل تنتهى فور إنتهاء الحدث.

(راجع كتابنا : كيف تتحكم فى إنفعالاتك، 2013)

ونتكفى بهذا القدر من الحديث عن الإنفعالات مع ضرورة الأخذ فى الإعتبار حقيقة أن الإنفعالات تتطور وتتغير بتقدم الشخص فى العمر وأن من أهم العوامل التى تؤثر فى الإنفعالات عاملى : النضج (أى مدى تقدم الشخص فى النمو) والتعلم (لأن الأحداث تتراكم مكونة ما يسمى بخبرة التعامل مع الأحداث، وأن المثل القائل : اللى يمشى يشوف أكثر) دلالة على تراكم الخبرات والأحداث فى نفس وعقل ووجدان الشخص مما تجعله أكثر إستعدادا للتحكم فى إنفعالاته (وإن اللى اتلسع من الشُوربة ينفخ فى الزبادى) دلالة على إستفادة الشخص من (حدث صادم) وكيف أنه يحاول (تجنب) الدخول فى (تجربة مماثلة) فيستعد لها بشحن العديد من الطاقة والجهد تجنبا لعدم تكرار الأحداث المؤلمة (واللي أتقرص من التعبان يخاف من الحبل) وهي جميعا أمثال تؤكد تأثير خبرات قديمة في التعامل مع خبرات ومواقف وأحداث جديدة (واللي يعيش ياما يشوف).

أما عن نماذج من الاضطرابات السيكوسوماتية فهذا سيكون محور حديثنا في الفصل القادم فألي هناك.

المراجع

أولا : المراجع العربية :

1 – إبراهيم وجيه، مصطفى الصفطى، أحمد شعبان، محمد المغربى (1999) **مدخل فى علم النفس التعليمى**، الإسكندرية، مطبعة الجمهورية.

2 – أحمد عزت راجح (1985) : **أصول علم النفس**، القاهرة دار المعارف.

3 – أحمد عكاشة (1975) : **التشريح الوظيفى للنفس**، القاهرة، دار المعارف، الطبعة الثالثة.

4 – أحمد عكاشة (1998) : **الطب النفسى المعاصر**، القاهرة، الأنجلو المصرية.

5 – أحمد فائق (1984) : **مدخل علم النفس**، القاهرة، مطبعة كومت للطباعة والنشر والتوزيع. الطبعة الرابعة.

6 – سعد جلال (1985) : **المرجع فى علم النفس**، القاهرة، دار الفكر العربى.

- سيرجون أنجلش، جيرالد بيرسون (1958) : **مشكلات الحياة الإنفعالية**، ترجمة قدرى حفنى وآخرون، القاهرة، دار الثقافة الإنسانية للنشر .

- محمد حسن غانم (2013) : **كيف تتحكم فى إنفعالاتك**، كتاب اليوم الطبى، القاهرة : مؤسسة الأخبار للصحافة.

- محمد حسن غانم (2014) : **الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية**، القاهرة : مكتبة الأنتجلو المصرية،

الطبعة الثانية.

7 - عادل صادق (1991) : **كيف تواجه ضغوط الحياة**، الكويت، مجلة العربى، عدد سبتمبر، رقم 394، ص ص : 55 – 59.

8 – عبد الستار إبراهيم، محمد فرغلى فرج، سلوى الملا (1973) : **السلوك الإنسانى** – نظرة علمية، القاهرة دار الكتب الجامعية.

9 – عبد اللطيف خليفة، شاكر عبد الحميد، محمد نجيب، جمعة يوسف، معتز عبد الله، سعيد الغباشى، عبد الحليم محمود (1990) : **علم النفس العام**، القاهرة، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع ص ص : 453 – 496.

10 – عبد المنعم الحفنى (1975) : موسوعة علم النفس والتحليل النفسى، القاهرة، الجزء الأول، مكتبة مدبولى.

11 – فرج طه (1979) : **الشخصية ومبادئ علم النفس**، القاهرة، مكتبة الخانجى.

12 – فرج طه، شاكر قنديل، حسين عبد القادر، مصطفى كامل (1993) : **موسوعة علم النفس والتحليل النفسى**، القاهرة، دار سعاد الصباح.

13 – لطفي فطيم (11979) : **العلاقة بين نمط الشخصية والأمراض السيكوسوماتية**، دكتوراه غير منشورة، بنات عين شمس.

14 – محمد حسن غانم (2001) : **حياتك بلا خوف**، القاهرة، كتاب اليوم الطبى، عدد أغسطس، أخبار اليوم.

15 – محمد حسـن غانم (2010) : **علم النفس الإكلينيكى – تشـخيص الأمراض النفسـية والعقلية**، القاهرة، المكتبة المصرية، الإسكندرية.

16 – محمـود السـيد أبـو النيـل (1984) : **الأمـراض السيكوسـوماتية : دراسـات عربيـة وعالميـة** القاهـرة الجهـاز المركـزى للكتـب الجامعيـة والوسـائل التعليميـة الطبعـة الثالثـة، الجـزء الثـانى.

17 – مصطفـى زيـور (1975) : **مصطلـح الإنفعـال فى : معجم العلوم الإجتماعيـة**، إشراف إبراهيـم مدكـور، القاهـرة، الهيئـة المصريـة العامـة للكتاب.

18 – مصطفـى زيـور (1984) : **فى النفـس. بحوث مجمعة فى التحليل النفسى**، القاهـرة، دار النهضة العربية.

19 – ممدوحـة محمـد سـلامة (2000) : **مقدمـة فى علـم النفـس، القاهـرة**، دار النـصر للتوزيـع والنـشر.

ثانيا : المراجع الأجنبية :

20- Carison, J & Halfield, E (1991). **Psychology of emotions**, llolt* RIne- hart, and winston.

21- Kasdin, A (2000) : **Encyclopedia of psychology**. London : Oxford Univeristy Press.

22 - Mayer, J. of Gehr. G(1996) : **Emotional intelligence and the Identficaltion of emotion**. intekkigen ce, 22, pp. 89-114.

23 - Greenberg, L&Goldman, R. (2008) :

Emotion-of cused couples therpy. London : Eurospan Grovp.
24 - Petreson, C. (1996) : Psychology of abnormality. London: harcourt Brace.
25- Laurcn. B., NclLs. & John. A (1999) **Abnormal psychology**, current personality, Boston, McGraw. HilL
26- Lil)irinan, R., Drisiw. & Muesor, K (1989). Social Skills Training for p-. pi units. New York: pergamon press.
27- Myers. D (1993; I lu pursuit of happiness. New York, Avon Rooks.
28- Meyrs, D (1995). p&ydiology, worth publishers. New York.
29- Tarris^ (1989). **An"cn the Misiindcrslood emation** (revised edition) New 'york.. Siiii.,11 .\. Schuster.
30- The Corsuie Encyclopedia of psychology and Behavioral Science (vol 2) (2001): **Emotioncs**. New York: John wilcy & sons, (3rd.ed) pp. 495^96.

الفصل الخامس

نماذج من الإضطرابات السيكوسوماتية

محتويات الفصل

- تصنيف الإضطرابات السيكوسوماتية :

1 – الإضطرابات المعدية / المعوية.

2 – الإضطرابات الجلدية.

3 – الإضطرابات القلبية / الوعائية.

4 – إضطرابات التنفس.

5 – الإضطرابات الغددية (خارجية الافراز).

6 – الإضطرابات العضلية.

7 – إضطرابات الغدد الصماء.

- نماذج من الإضطرابات السيكوسوماتية :

أولا : قرحة المعدة.

ثانيا : ضغط الدم المرتفع.

- مراجع الفصل :

أولا : المراجع العربية

ثانيا : المراجع الأجنبية

الفصل الخامس

نماذج من الإضطرابات السيكوسوماتية

مقدمة :

ذكرنا أن الإنفعالات تلعب دور رئيس فى أحداث الإضطرابات السيكوسوماتية. ولذا فإن التعبير عن الإنفعال يكون له الدور الحاسم فى إمكانية إصابة أو عدم إصابة الفرد بكافة أنواع وصور الاضطرابات والأمراض.

ولتوضيح ما سبق بصورة أوسع حيث إن ما يهمنا هو حالة إنفعال من آثار جسمية ونفسية على الإنسان وقد بين العلامة مصطفي زيور (1984) ما يؤدى إليه كف التعبير عن الإنفعال من إضطرابات عضوية ملخصا ذلك بقوله "قد دلت التجارب الإكلينيكية فى ميدان الطب النفسى على أنه إذا قامت فى سبيل التنفيس عن الإنفعال عوائق صادرة من البيئة أو من عقائد الإنسان وأوهامه فإن نضالا لا يقوم فى النفس لا يلبث أن يقف منه صاحبه موقف النعامة من الخطر الذى يهددها عندما تضع رأسها بين قوائمها فلا تراه أو بعبارة أخرى فإن فى طبيعة الإنسان ميلا إلى التخلص من ألم النضال النفسى بأن يمنع موضوعه من الظهور فى حيز الشعور فأن ذلك من شأنه أن يخلق حالة دائمة من التوتر قد تكون سببا فى إضطرابات دائمة فى الوظائف العضوية. (مصطفى زيور، 1981، ص 248).

ويؤكد عادل صادق (1919) على ما سبق بأن الضغوط النفسية ترهق النفس، والنفس حين تنوء بحملها يشاركها

الجسـد آلامهـا. فالجسـد قـد يتفاعـل مـع الضغـوط فيصيبـه الإضطـراب المؤقـت او الدائـم. وقـد يعـانى الإنسـان مـن أعـراض مختلفـة قـد تسـتمر دون أن نعـرف لهـا سـببا كالقئ، الغثيان، الدوخة، طنـين الأذن، آلام البطن، أو الظهـر أو الصـداع ... إلـخ. وقـد يصـاب الإنسـان بأزمـة صحيـة حـادة كالذبحـة الصدريـة أو جلطـة فى أحـد شرايـين القلـب أو المـخ أو يصـاب بشـكل مفاجئ بمرض السـكر أو تسـمم الغـدة الدرقيـة أو إرتفاع فى ضغط الـدم .. وبالسـؤال الدقيـق نجـد أن هذا الإنسـان قد تعرض قبـل بدء هذه الأعـراض والأزمـات الصحية الجسـدية إلى ضغوط هائلـة ويصعب التعامل معهـا .. وأحـداث مؤلمـة وموجعة فى حياتـه أخلت بتوازنه وإسـتلزمت منه جهـدا أو سـببت لـه إجهـادا لإعـادة التكيف، فـإذا كانت الضغوط بسـيطة يمكـن أن يتكيـف معهـا، وإذا كانـت ضغوط هائلة ويصعـب التعامل معها وإزالتهـا فى حينهـا فهـى إعاقـة وألمـا ومعانـاة. والطبيـب الواعى هـو الذى يهتـم بصحـة مريضـه النفسـية والعضويـة معـاً وهـو الـذى يهتـم بصحـة مريضـه كوحـدة واحـدة كإنسـان، كـما يشـير بأنـه لا يمكـن فصـل النفـس عـن الجسـد ولا يمكـن فصـل الواقـع النفـسى والحيـاة الوجدانيـة الذهنيـة للإنسـان عـن التفاعـلات التـى تتـم داخـل خلايـا أعضـاء الجسـم. فالمعدة تتأثـر بالحـزن والقلـب يتأثـر بالقلـق والشرايـين تضيـق وتـزداد سرعـة التجلـط للضغـوط. (عـادل صـادق، 1991، ص ص 58 – 59).

تصنيف الإضطرابات السيكوسوماتية :

تتعـدد التصنيفـات التـى قدمـت للإضطرابـات السيكوسـوماتية مـع الأخـذ فى الاعتبـار أن مسـألة التصنيـف هـى (عمـل إنسـانى) قـد نقبـل به أو نرفضـه ذلـك لأن الظواهـر لا توجـد فى الكـون أو حتـى داخـل الإنسـان مصنفة .

ولعـل أشـهر هـذه التصنيفـات التـي قدمـت للاضطرابـات السيكوسـوماتية الآتى : -

1 – الإضطرابات المعدية المعوية : Gastrointestinal Disorder

مثل : -

- الغثيان.
- القئ.
- الإحساس (بحرقان) فى فم المعدة.
- القرحة المعدية.
- مغص البطن.
- الإسهال.
- الإمساك.
- إلتهاب القولون.

2 – الإضطرابات الجلدية : Skin Disorder

مثل : -

أ – عصـاب الجلـد : وفى هـذه الحالـة يكـون المريـض هو المتسـبب فى المـرض مثل :

- قصف الأصابع .

- صبغ الشعر .

- الرهـاب الجلـدى مثـل الخـوف مـن ديـدان الجلـد، والخـوف مـن سرطـان الجلـد .. وعـادة ما تأخذ هـذه الأعراض الطابع الوسـواسى القهرى.

ب – إستجابات نفسية مع إضطرابات فسيولوجية مثل:-

- إحمرار الوجه .

- العرق الغزير فى اليدين والرجلين .

جـ - أمراض جلدية يلعب فيها العامل النفسى دورا مهما مثل : -

- الحكة (أو الهرش) .

- الثعلبية البقعية .

د – أمـراض جلديـة يلعـب فيهـا العامـل النفسى دوراً غـير محدد مثل : -

- الإكزيما .

- البهاق .

- الصدفية .

- أمراض الحساسية المختلفة .

هــ - أمـراض جلديـة تصاحـب بعـض الأمـراض الجسـمية والتـى لهـا علاقـة بالعوامـل الإنفعاليـة مثـل : الحكـة مـع السـكر. (أحمـد عكاشـة، 1998، 650-651).

3 – الإضطرابات القلبية الوعائية : Cardiovascular Disorder

وهى الإضطرابات المتعلقة بالقلب والأوعية الدموية مثل:-

- الصداع النصفى .

- عدم إنتظام ضربات القلب .

- النوبات القلبية .

- إرتفاع ضغط الدم .

- تصلب الشرايين .

4 – إضطرابات التنفس : Respiratory Disorders

ونذكر منها على سبيل المثال : الربو الشعبى Bronchial Asthma :

- زيادة التنفس .

- الفواق .

5 – إضطرابات الغدد خارجية الافراز : Exocline Gland Disorders

مثل :

- الغدد الدهنية .

- حب الشباب .

- العرق المفرط .

6 – الإضطرابات العضلية العظمية : Musculoskoletal Disorders

مثل :

- آلام الظهر .

- آلام العضلات التوترى (أو تشنج العضلات) .

7 – إضطرابات الغدد الصماء : Endocrine Disorders

وتشـمل هـذه الفئـة إضطرابـات اللاقنويـة والتـى ترجـع آليـة عملهـا إلى خاصيـة ووظيفـة الجهـاز العصبـى الأتونومـى مثـل (الغـدة النخاميـة والإدرينـاليـة والغـدة التنالسـية) والتى تلعب فيها العوامـل الإنفعالية دورا مسـببا مثـل : -

- البول السكرى .
- التسمم الدرقى .

(Alan, E & Michal. H, 1980, P. 228)

وسوف نختار نماذج من التصنيفات السابقة للحديث عنها.

نماذج من الإضطرابات السيكوسوماتية : -

أولا : قرحة المعدة :

ينـدرج هـذا الإضطـراب ضمـن إضطرابـات الجهـاز الهضمـى، ومـن الجديـر بالذكـر أن الجهـاز الهضمـى مـن أكـثر أجهـزة الجسـم التـى تتضـح فيهـا الأعـراض السيكوسـوماتية والتـى ترتبـط بمـدى الإشـباع الـذى حصـل عليـه الفـرد فى مراحـل الطفولـة المبكـرة وخاصـة المرحلـة الفميـة ومـا يرتبـط بهـا مـن مشـاعر الحـب والثقـة مـن خـلال علاقـة الطفـل بأمـه أثنـاء عمليـة الإطعـام تلـك المرحلـة التـى أسـماها **أريكسـون** "مرحلـة الثقـة فى مقابـل الـلا ثقـة" والتـى تعتمـد عـلى مـدى تحقيـق الأم مـن إشـباعات طفلهـا مـع وجودهـا الثابـت والمتكـرر الـذى يعطيـه الإحسـاس بالثقـة والأمـان، والإنفعـالات المرتبطـة بالضغـوط

تكـون مصحوبـة بتغـيرات فى وظيفة الجهاز الهضمـى ومن أكثر الإنفعالات المرتبطـة بهـذا الجهـاز الغضـب الذى يـؤدى فى النهايـة إلى الإصابـة بقرحة المعـدة. (آمـال عبد الحليـم، 1999، 41 – 42).

ويعـرف قرحـة المعـدة عـلى أنهـا عمليـة تـأكل لجـدران المعـدة أو الاثنـى عـشر بواسـطة الأحـماض والإنزيمـات التـى تفرزهـا المعـدة وذلـك لعاملـين هـما :

أ – زيـادة النشـاط الحمـضى وخاصة فى قرحة الاثنـى عشر Dvodenl Vlcer حيـث إن العصـارة المعدية تفرز بواسـطة الخلايا المسـماة Parietal Cells (الخلايـا الجدريـة) وهـذه الخلايـا الجدريـة تتأثـر بعـدة هرمونـات تفـرز أو توجـد فى النهايـات العصبيـة ويمكـن رصـد جملـة مـن العوامـل تـؤدى إلى زيـادة الحموضـة مثل :

- زيادة حجم الخلايا الجدارية التى تفرز حمض الهيدروكلويك.

- الخلايـا المسـؤلة عـن إفـراز هرمـون الجاسـترين Gastrin Harmovns الـذى يفـرز عـن طريـق الغشـاء المخاطـى للمعـدة والـذى يؤثـر بصـورة رئيسـية عـلى الخلايـا الجداريـة للغـدد المعدية لإفـراز حمض Hcl الهيدروكلوريـك وكذلـك يؤثـر عـلى الخلايـا الرئيسـية لإفـراز هرمـون البيبسـين Pepsin .

- زيـادة تعـرض الفـرد للضغـوط النفسـية والتـى تنعكـس سـلبا عـلى العصـب الحائـر Vagvs Nerve مـع الأخـذ فى الإعتبار أن هـذا العصب هو الـذى يغـذى المعدة.

- قلـة مقاومـة الغشـاء المخاطـى المبطـن للمعـدة (فى حـالات قرحـة المعـدة) والعوامـل المسـببة هـى :

أ – إلتهاب المعدة .

ب – عدم وصول الدم إلى المعدة كما فى حالات تصلب الشرايين.

جـ - زيـادة إرتجـاع السـائل المـرارى فى المعـدة نتيجـة إضطرابـات العضلـة العـاصرة التـى تتحكـم فى خـروج السـائل.

(Smeh, L, 1996, P. 103)

أسباب قرحة المعدة : يمكن تلخيص الأسباب فى : -

أولا : العوامـل الوراثيـة : حيـث تتأثـر قرحـة المعـدة بالعامـل الوراثى حيـث دلـت الأبحـاث على أن 20% مـن المصابـين بقرحـة المعـدة قـد إنتقلـت إليهـم الإصابـة عـن طريـق الآبـاء.

ثانيا : العوامل البيولوجية :

حيـث يرجـع التقـرح فى جـدار المعـدة إلى زيـادة نشـاط المعـدة سـواء فى حركتهـا أو إفرازاتهـا حتـى ولـو كانـت خاليـة مـن الطعـام، حيث زيـادة الحموضـة عـن طريـق زيـادة حجـم الخلايـا الجداريـة التـى تفـرز حمـض الهيدروكلوريـك، ، وكذلـك الخلايـا الرئيسـية، وأيضـا قلـة مقاومـة الغشـاء المخاطـى المبطـن للمعـدة، حيـث عـدم وصـول الـدم إلى المعـدة فى حـالات تصلـب الشرايـين وزيـادة ارتجـاع السـائل المـرارى فى المعـدة نتيجـة اضطـراب العضلـة العـاصرة التـى تتحكـم فى خـروج السـائل حيـث يـؤدى الى التهـاب جـدار المعـدة وزيـادة نسـبه مـواد هرمـون

البيبسين Pepsin Harone فى الدم والبول وتتحدد هذه النسبه منذ الولادة .

كما تبين أن ذوى فصيلة الدم (O) أكثر استعداد عن غيرهم للإصابة بالقرحة المعدية، وأن عامل التدخين أو المدخنين عموماً ترتفع لديهم نسبة الإصابة بالقرحة الهضمية إرتفاعا ملحوظا حيث تعد مادة (النيكوتين) عامل من أهم العوامل التى تؤدى إلى إلتهاب جدار المعدة.

كما إكتشف أن من العوامل التى تؤدى إلى الإصابة بقرحة المعدة الإصابة بميكروب الحلزونى وذلك بنسبة 40% أو أيضا قد تكون القرحة المعدية تالية لتناول بعض الأدوية كالمسكنات وأدوية الروماتيزم والأسبرين (خاصة إذا تم تناول هذه الأدوية بدون إستشارة طبيبه).

ثالثا : العوامل النفسية :

على الرغم من أن السبب المباشر للقرحة المعدية هو الإفراز الزائد لأحماض المعدة التى تلعب جدرانها وتهيجها وتصل فى النهاية إلى تأكل كل هذه الجدران فإن هذ الإفراز الزائد يأتى غالبا من حالة الضغط المزمن الناجم عن توتر إنفعالى مستمر وتوجد قرحة المعدة عادة عند الأفراد ذو الطموح المرتفع وحب الإدارة والسلطة (المريسة) الذين يتصارع سلوكهم الخارجى مع رغباتهم فى الإعتماد على الغير وتنتشر بين الرجال أكثر من النساء.

ويرى البعض الآخر تفسير السيكولوجية المصابين بقرحة المعدة بأنهم فى الحقيقة وهم فى سن البلوغ يريدوا أن

يعاملـوا كـما لـو كانـوا يرضعـون مـن أثـداء أمهاتهـم لأنهـم يسـتجيبون نفسـيا وفسـيولوجيا كـما لـو كانـوا جياعـا طـول الوقـت فمعداتهـم دائمـة الإفـراز وكأنهـا عـلى وشـك الإسـتعداد لإسـتقبال الطعـام وقد أمكن دراسـة تأثـير الإنفعـالات عـلى المعـدة ونشـاطاتها من خلال حـالات مرضيـة نادرة تسـنى معهـا رؤيـة جـدار المعـدة رؤي العـين وتأخـذ عينـات مـن عصارتها فـورا فى المواقـف الإنفعاليـة المختلفـة وتبـين مثـلا أن الخـوف والإكتئـاب لهـما تأثيرهـما عـلى إفـرازات المعـدة بينـما الغضـب والقلـق عـلى العكس يزيـدون مـن حركـة المعـدة وإفـرازات حمـض الهيدروكلوريـك ويضخـان الـدم فى الأوعيـة الدمويـة فى الجـدار حتى ليكون من السـهل تلف الغشـاء المخاطى.

(آمـال عبـد الحليـم، 1999، 43 – 45، أحمـد عطاشـة، 1998، 645، 646، محمـود أبـو النيـل، 1994). (محمـد حسـن غانـم 2010).

أعراض مرض قرحة المعدة : Sign of Gastriculcer

وتأخذ العلامات الآتية :

1 – ألأم متنوعـة تأخـذ المظاهـر المتعـددة مـن حرقـان أو مغـص ويوجـد فـوق (الـسره) ناحيـة اليمـين أو فى منطقـة أسـفل الصـدر ويزيـد بعـد تنـاول الطعـام أو فى قرحـة الاثنـى عشر يـزول الألم بعـد الأكل مباشرة عـلى عكـس قرحـة المعـدة الـذى يـزول بعـد القـئ.

2 – **القئ** : ويكثر فى قرحة المعدة عنه فى قرحة الاثنى عشر.

3 – نزيـف عـن طريـق الفم كـما فى قرحة المعدة أو عـن طريق فتحة الشرج فى قرحـة الاثنى عشر.

4 – زيـادة الشـهية خاصـة فى قرحـة الاثنى عشر لكى يزيـل الألم ولكن تقـل هـذه الشـهية فى قرحـة المعدة خوفا مـن الألم لهذا يكـون هناك نقص فى الوزن.

5 – إمسـاك مزمـن ومـن أسـبابه الألم أو تنـاول أدوية خاصـة بالقرحة أو وجـود ضيـق حـاد فى القولون.

مضاعفات قرحة المعدة :

1 – نزيف Hemorrhage .

2 – تليـف القرحـة المعديـة الـذى يـؤدى إلى الإشـداد المعـوى وتغـير شـكل المعدة.

3 – ثقـب فى جـدار المعـدة وقـد يـؤدى إلى إلتهـاب بريتـونى أو خراج أسـفل الحجـاب الحاجز.

4 – التحـول إلى قرحـة خبيثـة أو سرطانيـة وذلـك بنسـبة 5% وخاصة فى حـالات قرحـة المعدة.

طرق تشخيص قرحة المعدة :

1 – عـن طريـق المناظـير الضوئيـة Endoscopy وهـى أحـدث طـرق للتعـرف عـلى القرحة وكـذا للتفرقة بين القرحة الحميـدة والقرحة الخبيثة.

2 – التشـخيص بالأشـعة عـن طريـق وجبـة الباريـم وهـى تشـخيص القرحـة فى أقـل مـن 80% مـن عـدد الحـالات.

3 – إختبار الهيستامين Hestmine لقياس القدرة الإفرازية للمعدة.

(شهاب الدين فتحى، 2003).

ثانيا ضغط الدم Blood-perssure

ولعل أشهر أشكاله ضغط الدم المرتفع.

تعريفه : يحدث إرتفاع ضغط الدم عندما تصبح الشرايين ضيقة مما يدفع القلب للعمل بجهد أكبر لدفع الدم إلى أنحاء الجسم وبذلك تزداد قوة الدفع على جدران الشرايين عن حدود السلامة.

ويتم قياس ضغط الدم بواسطة جهاز خاص يسمى جهاز قياس الضغط.

- الضغط الإنقباضى : وهو ضغط الدم أثناء إنقباض القلب أو قوة إندفاع الدم على جدران الشرايين عند سماع نبض القلب وإندفاع الدم بالسماعة وهذه القراءة تشكل القراءة العليا للضغط.

- الضغط الإنبساطى : وهو ضغط الدم أثناء إنبساط الدم أو قوة إندفاع الدم على جدران الشرايين عند إسترخاء القلب بين النبضة والأخرى.

ويحدد عند إختفاء صوت تدفق الدم بالسماعة

وينقسن الضغط المرتفع إلى درجات كالآتى :

- ضغط الدم مرتفع بسيط : 140 – 159مم زئبق

99 – 90

- ضغط دم مرتفع متوسط : 190 – 179مم زئبق

109 – 100

- ضغط الدم مرتفع شديد أكثر من 180مم زئبق

110

(سمير صالح، 2001، 12 – 13).

وضغـط الـدم هـو المعيـار الـذى يشـير إلى مـدى صلاحيـة القلـب للعمـل عـلى أنـه مضخـة صالحة تقـوم بضخ الـدم فى الدورة الدموية لسـد متطلبـات الأجهـزة والأنسـجة المختلفـة، وفى الوقـت نفسـه، تعطينا إشـارة إلى مـدى صلاحيـة الشرايـين التـى يسرى فيها الـدم فهى تعطينا إشـارة عما إذا كانـت هـذه الشرايـين ضيقـة أو متصلبـة أو مرنـة أو تضيق بحسـب ما يتطلبـه الجسـم. فضغـط الـدم يعتمـد عـلى عاملـين أساسـيين وهما :

أ – كمية الدم الذى يضخه القلب فى الدقيقة.

ب – مدى مقاومة الشرايين لسير هذه الكمية التى يجرى فيها.

ومـن هنـا تـبرز العلاقـة المبـاشرة بـين ضغـط الـدم وأمـراض القلـب المتعـددة وذلـك لأن العلاقـة هنـا واضحة من خلال تحديد مسـؤلية ضغط الـدم فى إحـداث الأمـراض القلبيـة المتعـددة والمرتبطـة بالشرايين.

ويـرى الخـبراء المتخصصـون أن ضغـط الـدم الخـاص بالإنسـان الـذى يقـل المقيـاس عـن 90/140 MMHG يعـد ضغطـا طبيعيـا للـدم، والـذى يزيـد عـن 100/160 MMHG يعنـى أن صاحبـه يعـانى مـن مـرض ضغط دم عـال أو إرتفـاع فى ضغـط الـدم، وأن مثـل هـذا الشـخص يعـانى مـن الإصابـة بهـذا المـرض.

وفيما يلى جدول يوضح القراءات المختلفة للضغط المثالى والمرضى

نوع الضغط	الإنبساطى مم زئبق	الإنقباضى مم زئبق
- الأمثل	١٢ أو أقل	٨٠ أو أقل
- الطبيعى	١٢٩ أو أقل	٨٤ أو أقل
- العالى الطبيعى	١٣٠ - ١٣٩	٨٥ - ٨٩
- الضغط العالى		
- المرحلة الأولى	٩٠ - ٩٩	١٤٠ - ١٥٩
- المرحلة الثانية	١٠٠ - ١٠٩	١٦٠ - ١٧٩
- المرحلة الثالثة	١١٠ أو أكثر	١٨٠ أو أكثر

(يعقوب الكندرى، 2003، 312).

أجهزة قياس ضغط الدم :

توجد العديد من أجهزة قياس ضغط الدم أشهرها : **الجهاز الزئبقى** وهو أفضل وأقدم أجهزة قياس ضغط الدم، وهو المرجع النهائى فى القياس وعلى أساسه تضبط باقى الأجهزة الأخرى.

ويوجد **الجهاز الهوائى** الذى يعمل بضغط الهواء حيث ينتهى بمؤشر كالساعة وهو يحتاج للضبط مع الجهاز الزئبقى على فترة من الزمن.

ويوجد أيضا **جهاز ضغط الدم الألكترونى** وتأخذ

أشـكال متعـددة مـا هـو عـلى شـكل سـاعة توضع حـول المعصـم، وأخرى توضـع حـول إصبـع مـن أصابـع اليـد وكل هـذه الأجهـزة الأليكترونيـة لا يـوصى بإسـتخدامها لأنهـا تتكون مـن دوائر إليكترونية شـديدة الحساسـية للمجـالات الكهرومغناطيسـية الموجـودة حولهـا، كما أنهـا لا تعطى قراءتين متتاليتـين متشـابهتين، ولذلـك لا يعتمـد عليها لقياس ضغـط الدم ولكن قد يسترشـد بهـا لمعرفـة إذا كان إرتفـاع فى ضغـط الدم أم هبوطـا بضغط الدم (شـهاب الديـن فتحـى، 2003، 26 – 28).

العوامل التى تؤثر على ضغط الدم :

توجد العديد من العوامل ومن أهمها : -

1 – **معـدل ضربـات القلـب** : كلـما ذاد معـدل ضربـات القلـب – زاد ضغـط الـدم وتظهـر هذه الحالـة عنـد الرياضيـين والعدائين، وكذلـك أثناء الممارسـة الجنسـية أو حـالات الخوف الشـديد.

2 – **معـدل سريـان الـدم الوريـدى** : أى عـودة الـدم الوريـدى إلى القلـب مـرة أخـرى .. كلـما زاد هـذا المعـدل زادت ضربات القلـب وبالتالى يزيـد ضغـط الـدم الشريـانى.

3 – **المقاومـة الطرفيـة** : أى مقاومـة الشـعيرات الدمويـة لمـرور الـدم فيهـا كلـما زادت المقاومـة زاد ضغـط الـدم.

4 – **إنقباض / إنبساط الأوعية الدموية.**

5 – **لزوجـــة الـــدم** : كلـــما زادت لزوجـــة الـــدم قـــل سريانـــه وبالتـــالى يقـــل ضغـــط الـــدم وتتجـــلى هـــذه الحالـــة تجليـــا واضحـــا فى حالـــة مـــرضى الســـكر حيـــث يحمـــل الـــدم بمســـتوى عـــال مـــن

السكر فتزيد لزوجته وبالتالى يقل ضغط الدم ويؤثر ذلك بالسلب على القلب مما قد يصيبه بالإعتلال ولذلك نقول إحذر من الثلاثى المدمر : السكر والضغط والقلب (جمال شعبان، 2013، 25 – 26).

العوامل الفسيولوجية التى يتأثر بها ضغط الدم :

1 – العمر :

* فى حديث الولادة يكون ضغط الدم 80 / 40.

* عند سن (4) سنوات يكون ضغط الدم 100 / 60.

* فى سن (20) عاما يكون ضغط الدم 120 / 70.

* فى سن (60) عاما يكون ضغط الدم 150 / 90.

أى إنه مع زيادة العمر تقل مرونة الشرايين، والضغط يميل إلى الزيادة.

2 – الجنس أو النوع : Sex

* قبل سن (45) عاما تكون الأنثى بصفة عامة أقل من الرجل فى ضغط الدم.

* بعد سن (45) عاما يزيد ضغط الدم الإنبساطى فى الإناث نتيجة لحدوث تغيرات هرمونية.

3 – الريف / الحضر :

* ضغط الدم فى الريفيين أقل من الحضريين نتيجة لقلة الكوليسترول فى الطعام وأيضا ربما لأن الضغوط التى يتعرض لها من يسكن فى الريف تكون فى الغالب أقل من تلك التى يتعرض لها من يعيش فى المدن(وإن كنا نرى أن مثل هذه النتيجة يجب إعادة النظر فيها خاصة وأن الفروق

الحادة بين الحياة فى الريف والمدن قد أنداحت).

4 – الإنفعالات :

* لوحظ أن الإنفعالات تؤدى إلى زيادة نشاط الجهاز السمبثاوى والذى يؤدى بدوره إلى إرتفاع ضغط الدم وخاصة (ضغط الدم الإنقباضى).

5 – الجاذبية الأرضية :

* أثناء الوقوف يزيد ضغط الدم فى الأوعية الدموية السفلية ويقل فى الأوعية التى أعلى من مستوى القلب.

6 – الرياضة :

* تزيد الرياضة وممارستها من ضغط الدم الإنقباضى وتقلل من ضغط الدم الإنبساطى.

7 – التنفس :

* أثناء الشهيق يقل ضغط الدم ولكن أثناء الزفير يزيد بمقدار 10مم زئبق. (آمال عبد الحليم، 1999، 54 – 55).

أنواع إرتفاع ضغط الدم :

1 – ضغط الدم الإنقباضى Systolic Hypertension

2 – ضغط الدم الإنبساطى Diastolic Hypertension

أ – أساسى Essential

ب – ثانوى Sccondary

ونجد أنه من حيث حدة أو درجة إرتفاع وخطورة ضغط الدم يمكن أن يقسم إلى : -

أ – ضغط الدم الحميد Benign Hypertension

ب – ضغط الدم الخبيث Malignant Hypertension

حيث يرتفع ضغط الدم الإنبساطى إلى 130مم زئبقى خلال (6) أشهر، ويكون سريع التطور، ويقاوم العلاج وغالبا ما ينتهى بالوفاة. (المرجع السابق، ص 58).

أعراض إرتفاع ضغط الدم :

1 – ضيق التنفس والنهجان خاصة عند القيام بمجهود.

2 – الصداع وآلام الرأس ويتميز هذا الصداع بأنه يحدث فى الصباح الباكر ويكون شديدا، وأحيانا يكون مصحوب بغثيان وأحيانا يكون خلف الرأس.

3 – الوخة : خاصة فى حالة إرتفاع ضغط الدم.

4 – حدوث نزيف من الأنف بدون سبب واضح وقد يكون عرضة للإصابة بإرتفاع ضغط الدم.

مضاعفات مرضى إرتفاع ضغط الدم (إذا لم يعالج) :

1 – تصلب الشرايين وتشقق جدرانها.

2 – القلب خاصة (هبوط القلب) مما يؤدى إلى هبوط إحتقانى فى القلب وذلك يؤدى إلى إرتشاح رئوى حاد.

3 – تصلب شرايين القلب التاجية مما يؤدى إلى الإصابة بالذبحة الصدرية أو جلطة الشريان التاجى.

4 – الدماغ : حدوث جلطة بالشرايين الرئيسية للدماغ نتيجة تصلب شرايين المخ.

5 - حدوث نزيف بالمخ نتيجة الإرتفاع الشديد فى ضغط الدم وينتج عن حدوث ما سبق الآتى : -

أ – حدوث غيبوبة.

ب – حدوث شلل.

جـ - صعوبة فى الكلام.

د – ضعف فى الذاكرة.

6 – العينـين : قـد يـؤدى إلى نزيـف خفيـف بالعـين مـما يؤثـر عـلى البـصر أو قـد يقـود فى أسـوء الظـروف إلى العمـى التـام.

7 – الكليتـين : قـد يـؤدى إلى فشـل كلـوى نتيجـة تصلـب فى شرايـين الـكلى، وكذلـك تأثـير الضغـط المرتفـع عـلى الـكلى نفسـها مـما يـؤدى إلى تراكـم النفايـات فى الدم مما يؤدى إلى تسـمم الجسـم ويحتاج إلى (غسـيل كلوى) مسـتديم.

(سمير صالح، 2001، 16 – 17).

الأشخاص المستهدفون للإصابة بإرتفاع ضغط الدم :

وهؤلاء الأشخاص يرتبطون بالعوامل الآتية : -

1 – **التاريخ المرضى للعائلة.**

2 – تزداد الإصابة بإرتفاع ضغط الدم مع **تقدم السن**.

3 – وجـد أن الإصابـة بإرتفـاع ضغـط الـدم **تـزداد فى الذكـور عنهـا فى الإناث** قبل سـن 50 سـنة، بينما تتسـاوى النسـبة عند سـن 50 سـنة ولكن عنـد سـن 55 سـنة – 60 سـنة تـزداد الإصابـة فى الإنـاث عنهـا فى الذكور.

4 – **تـزداد الإصابـة بإرتفـاع ضغـط الـدم بـين النـاس ذوى الأوزان الزائـدة**. ومـع إنخفـاض الـوزن يقـل الضغـط.

5 – وجـد أن الأشـخاص السـود (كالزنـوج) معرضـين لهـذا المـرض أكثر مـن الأشـخاص ذوو البـشرة البيضاء.

6 – وجــد أن **الإكثــار** مــن تنــاول (الأمــلاح والمخلــلات) والجــبن والأغذيــة المحفوظــة والمعلبــات والأغذيــة الغنيــة بأمــلاح

كلوريـد الصوديـوم (ملـح الطعـام) يرتفـع لديهـم الإحتـمال بالإصابـة بضغـط الـدم.

7 – **القلـق والتوتـر** : حيـث توصلـت العديـد مـن نتائـج الدراسـات الطبيـة عـن وجـود علاقـة بـين الإسـتغراق فى التوتـر والقلـق وبـين إرتفـاع ضغـط الـدم .. وكـذا الأفـراد المعرضـين للإحبـاط والتوتـر المسـتمر.

8 – وجـد أن الأشـخاص الذيـن **لا يمارسـون رياضة** ويميلـون إلى الراحة والكسـل وعـدم بذل أى مجهود جسـمانى تزيد إحتـمالات إصابتهم بإرتفاع ضغـط الدم على المـدى الطويل.

9 – **مـرض البـول السـكرى** : حيـث وجـد أن المـرضى الذيـن يعانـون مـن مـرض البول السـكرى أكـثر عرضة للإصابـة بإرتفاع ضغط الـدم مقارنة بغيرهم.

10 – تناول **الكحوليات** يؤدى إلى الإصابة بإرتفاع ضغط الدم.

11 – **التدخـين** مـن العوامـل المؤديـة إلى إرتفـاع ضغـط الـدم وذلـك نتيجـة إفـراز هرمـون (النورادرينالـين) بسـبب النيكوتـين الموجـود فى السـجائر وهـذا بالإضافـة لمضاعفـات التدخين الأخـرى المعروفة مـن تأثيره السـيئ عـلى القلـب والرئتـين.

(سمير صالح، 2001، 15 – 16).

الفحصوات اللازمة لتشخيص ضغط الدم المرتفع :

1 – إختبار قاع العين .

2 – رسم القلب .

3 – أشعة على الصدر .

4 – فحصوات مرتبطة بتشخيص أورام المخ : -

- أشعة عادية على الجمجمة

- أشعة بالصبغة على شرايين الرأس

5 – الفحوصات الخاصة بالكليتين مثل : -

- أشعة بالصبغة على الجهاز البولى – تحليل بول – بولينا الدم .

- أشعة بالصبغة على الشرايين الكلوية – كريانتين بالدم.

6 – فحصوات مرتبطة بالغدد الصماء : -

- زمله أعراض مرض كوشينج

- مرض تضخم الأطراف

(آمال عبد الحليم، 1999، 63 – 64).

أسباب إرتفاع ضغط الدم :

أولا : الأسباب الأولية : -

أسباب إرتفاع ضغط الدم الإنقباضى :

1 – حالات تصلب الشرايين حيث إن الشرايين المتصلبة لا تنبسط مع إنقباض القلب مما يؤدى إلى هبوط فى ضغط الدم الإنبساطى ويؤدى إلى زيادة الفرق بين ضغط الدم الإنقباضى والإنبساطى وهو مايسمى بضغط النبض.

2 – سرعة الدورة الدموية فى بعض الحالات المرضية.

3 – قلة عدد ضربات القلب.

4 – زيادة إفراز الغدة الدرقية.

5 – الحمل.

6 – الأنيميا الشديدة.

7 – فشل خلايا الكبد.

8 – الإرتفاع الشديد للدم بالصمام الأورطى.

أسباب ارتفاع ضغط الدم الإنبساطى :

ليس هناك سبب مباشر لإرتفاع ضغط الدم الأولى عضويا ومعظم الحالات المرضية من هذا النوع لذلك توجد العديد من النظريات والآراء التى حاولت تفسير أسبابه مثل:-

النظريات الطبية : خاصة نظرية العامل الوراثى حيث توجد العديد من المؤشرات التى تؤكد إمكانية توارث هذا المرض.

نظرية محرك الأوعية : وهذه النظرية ترجع إرتفاع ضغط الدم إلى زيادة نشاط مركز تنظيم قطر الأوعية الدموية والذى يوجد بالجهاز العصبى المركزى والتى ترسل إشارات عصبية تعمل على إنقباض الأوعية الدموية وبالتالى إرتفاع ضغط الدم.

النظرية الكلوية : حيث تفترض هذه النظرية أنه حينما تقل نسبة الدم التى تصل إلى الكليتين فهذا يؤدى إلى زيادة تحويل مادة الرئين Renin وهذا يؤدى إلى تحويل بعض الأنزيمات إلى أنزيمات أخرى مسؤلة عن إرتفاع ضغط الدم.

النظرية الغددية : وتفترض هذه النظرية أن سبب إرتفاع ضغط الدم ناتج عن إفراز القشرة الخارجية للغدة الكظرية

وهـذا الإفـراز يؤدى إلى زيـادة الالدوسـتيرون Aldosteron فى الدم والذى يـؤدى إلى تخزيـن كميـة مـن الصوديـوم والمـاء وهـذا يـؤدى بـدوره إلى إرتفـاع ضغـط الدم.

نظريـة العوامـل المتعـددة : وتؤمـن هـذه النظريـة بإمكانيـة تداخل العوامـل السـابقة مـع بعضهـا البعض.

نظريـة العوامـل النفسـية والإجتماعيـة : ويشـير أنصار هـذه النظرية إلى الأدوار التـى تلعبهـا العوامل النفسـية والإنفعالية والإجتماعية فى نشـأة المـرض وتطوره.

(Samoh, 1995, 112 – 120)

ثانيا : الأسباب الثانوية لإرتفاع ضغط الدم : -

1 – أسباب كلوية : مثل

- الإلتهاب المزمن لحوض الكلى.
- مرض الكلى المتعددة الحويصلات الخلفية.
- الدرن الكلوى.
- بعـض أمـراض الـكلى مثـل : النقرس الكلـوى ومرض السـكر المتعلق بتصلـب أجسـام ملبيجى.
- قصور فى إمداد الكلى بالدم نتيجة ضيق شرايين الكلى.
- أسباب حدوث ضغط الدم الناتج عن أمراض الكلى.

2 – أسباب مرتبطة بالغدد الصماء : مثل

- زيادة إفراز الغدة النخامية.
- تسمم الحمل.
- مـــرض (الفيـوكرومـوساتيـومـــا) وهـــو زيـــادة إفـــراز

الإدرينالين أو النورأدرينالين نتيجة لوجود (ورم) فى الغدة الكظرية.

3 – أسباب تتعلق بأمراض القلب والأوعية الدموية : مثل

- ضيق الشريان الأورطى.

- مرض العقد حول الشرايين المتلهبة.

- التسمم المزمن بمادة الرصاص.

4 – أسباب مرتبطة بالدم : مثل

- مرض بولى سيازيماتير Pdycythemia

5 – أسباب مرتبطة بالجهاز العصبى : مثل

- زيادة الضغط داخل الجمجمة.

- الأورام أو الإلتهابات بالنخاع الشوكى.

(شهاب الدين فتحى، 2003).

الحالة النفسية فى مرضي إرتفاع ضغط الدم :

أشارت العديد من الدراسات أن الحالة النفسية تلعب دورا رئيسيا فى إمكانية إصابة الفرد بهذا المرض فالأشخاص غير القادرين على مواجهة ضغوط الحياة أو أصحاب النمط (أ) وهى شخصية طموحة تسعى لتسلق السلم الإجتماعى وتحقيق أهدافها سريعا وهى فى سبيل ذلك تبذل غاية جهدها وتدمن العمل ولا تسعى للإسترخاء أو الراحة فتلغى إحتياجاتها حتى تحقق إنجازاتها أو تنظر دوما إلى الوقت على أساس أنه (سلاح مسلط) عليه فيحاول قدر جهده أن يسابقه فالوقت لديه كالسيف إن لم يقطعه

قطعك أو هو يهتم بالنهايات أو النتائج ويريد أن يحقق على طموحاته فى أسرع وقت أى يريد أن يختصر الوقت ويلغى الحواجز ويقفز من فوق العقبات. (محمد غانم، 2001، 85-97)

وفى المقابل توصلت العديد من الدراسات إلى أن التفاؤل والعمل يلعبان دوراً رئيسيا فى إمكانية عدم إصابة الفرد لا بالضغط المرتفع ولا بغيره من الأمراض الأخرى ذلك لأن حالة التفاؤل والأمانى الطيبة والتوازن يلعب دوراً جد هام فى سواء الفرد. (جمال شعبان، 2013، 119-123).

علاج ضغط الدم المرتفع :

1 – العلاج بغير الأدوية : Non Medicol Treatment

حيث يجب على المريض إتباع الخطوات والإرشادات التالية : -

- تخفيف الوزن إن كان بدينا.
- الإقلال من ملح الطعام (ويمكن إستبداله بالليمون).
- الإقلال من المخللات والأجبان أو الأسماك المملحة.
- التوقف عن شرب الكحول.
- التوقف عن التدخين.
- التقليل من الأطعمة الغنية بالدهون.
- تغيير نمط حياته بالبعد بقدر الإمكان عن التوتر والقلق والضغط النفسى.

2 – **العلاج بالأدوية** : Medicol Treatment

هنـاك الكثـير مـن المجموعـات الدوائيـة التى تسـتحدم لعـلاج إرتفاع ضغط الدم ويمكن إسـتخدام علاج مـن مجموعة واحدة Mono Therapy أو مـن مجموعتـين مختلفتـين Double Therapy ويسـمى علاجا مزدوجا، أو مـن ثـلاث مجموعـات Tripe therapy ويسـمى علاجا ثلاثيا.

مجموعات علاج ضغط الدم المرتفع :

- مدرات البول.
- مثبطات بيتا.
- مثبطات الإنزيم المحول للأنجوتنسين.
- مضادات الأنجوتنسين.
- مثبطات قنوات أيون الكالسيوم.
- مثبطات ألفا وبيتا.
- مثبطات الجهاز العصبى.
- موسعات الأوعية الدموية.

(شهاب الدين فتحى، 2013، 96 – 99).

وأخـيرا فـإن هـذا المـرض يعـد (قاتـل صامـت) وتـزداد الإصابـة بـه فى كافـة المجتمعـات ولعـل (الإيقـاع السريـع للأحـداث) للحيـاة وأسـباب أخـرى وراء الإصابـة بـه. ومـصر تعـد واحـدة مـن أعـلى معـدلات الإصابـة فى العـالم حيـث يصيـب هـذا المـرض حـوالى 26% مـن الأشـخاص فـوق سـن 25 عامـا، ويـزداد معـدل الإصابـة مـع زيـادة عمـر الإنسـان فى العـالم. وفى مـصر تصـل نسـبة الإصابـة فى المرحلـة العمريـة مـن 55 سـنة إلى 64 سـنة حـوالى 60% ، كذلـك لوحـظ وجـود إختلافـات

جغرافيـة فى معـدل الإصابـة فى مـصر، ففـى القاهـرة يوجـد أعـلى معـدل للإصابـة (حـوالى 31%) بينـما الواحـات لديهـا أقـل معـدل إصابـة (حـوالى 20%). (يسـن الشـحات، 1984، سـمير صالـح، 2001، 11).

كـما أن هـذا المـرض - وغـيره - قـد إنتـشر فى دول الخليـج وأصبـح محـط دراسـة مـن قبـل تخصصـات مختلفـة. فعـلى سـبيل المثـال أصبـح الأنثربولوجيـين يهتمـون بهـذا المـرض وذلـك لإرتباطـه بالعديد مـن عوامل التغـير الإجتماعـى والثقـافى، وكـذا التحديـث، والإندماج الثقـافى أو الإتصال بالمجتمعـات المتقدمـة والـذى يشـمل ويضـم تأثيرات من متغيرات نفسـية وإجتماعيـة متعـددة إرتبطـت بالتغيـير.

(يعقوب يوسف الكندرى، 2003، 341).

ونكتفـى بهـذا القـدر مـن الحديـث عـن بعضـا مـن الإضطرابـات السيكوسوماتية.

المراجع

أولا : المراجع العربية

- أحمد عكاشة (1998) **الطب النفسى المعاصر** : القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

- آمال عبد الحليم سيد (1999) **علاقة الإضطرابات السيكوسوماتية بأحداث الحياة ووجهة الضبط : دراسة مقارنة لحالات مرض ضغط الدم المرتفع وقرحة المعدة**، ماجستير غير منشور، آداب عين شمس.

- جمال شعبان (2013) **ضغط الدم : التوتر - القلق - الإنفعالات** : القاهرة، كتاب اليوم الطبى، مؤسسة الأخبار.

- سمير صالح وفا (2001) **كل شئ عن ضغط الدم المرتفع** فى كتاب أنت وضغط الدم المرتفع، القاهرة : كتاب اليوم الطبى، مؤسسة الأخبار، ص ص 9 - 22.

- شهاب الدين فتحى (2003) **ضغط الدم المرتفع (الأسباب - الأعراض - المخاطر - العلاج)** كتاب الهلال الطبى، القاهرة، دار الهلال.

- عادل صادق (1991) **كيف نواجه الضغوط النفسية**، مجلة العربى، الكويت. (ن ديسمبر 1991).

- محمد غانم (2001) **الحالة النفسية وإرتفاع ضغط الدم** فى كتاب : أنت وضغط الدم المرتفع، القاهرة : كتاب اليوم الطبى، مؤسسة الأخبار، ص ص 83 - 98.

- محمود السيد أبو النيل (1994) **الأمراض السيكوسوماتية فى الصحة النفسية**، بيروت، دار النهضة العربية.

- مصطفى زيور (1984) **فى النفس - بحوث مجمعة فى التحليل النفسى**، القاهرة : دار النهضة العربية.

- محمد حسن غانم (2010) **الإضطرابات النفسجسمية**، القاهرة : دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

- محمد حسن غانم (2013) **كيف تتحكم في انفعالات؟** كتاب اليوم الطبي، القاهرة: مؤسسة الأخبار.

- محمد حسن غانم (2007) **في الصحة النفسية؟** الاسكندرية : المكتبة المصرية.

- يسن إبراهيم الشحات (1984) **ضغط الدم - القاتل الصامت**، القاهرة: كتاب اليوم الطبى، مؤسسة الأخبار.

- يعقوب يوسف الكندرى (2003) **الثقافة والصحة والمرض - رؤية جديدة فى الأنثربولوجيا المعاصرة**، الكويت : مجلة النشر العلمى.

ثانيا : المراجع الأجنبية

- Alan, E & Michal, H. (1980) : **New Prespective in Abnormal Psychology.** Oxford University Press.

- Smeh, L. (1996) : **Introduction to Internal Medicine** : Pepticulcer, University Book Center.

- Sameh, L. (1995) : **Introduction to Internal Medicine Hypertension**, University Book Center.

ثانيا : الجزء الميداني

دراسة بعنوان الاضطرابات السيكوسوماتية

وبعض متغيرات الشخصية الديموجرافية لدي مرضي السكر من النوع

الثاني

مقدمة :

بالرغـم مـن أن مـرض السـكر عـرف منـذ القـدم وتحديـداً عنـد المصريـين القدماءوذلـك منـذ 1500 سـنة ق.م، وكذلـك عـرف فى الحضـارة اليونانيـة وسـمى بالبـول السـكرى، وعـرف أيضـاً عنـد العـرب القدمـاء بإسـم البـوال، وتحـدث عنـه الـرازى (860-932)، وابن سـينا (960-1037) وغيرهـما، إلا أنـه أصبـح الآن من المشـكلات الصحية العالميـة الكبرى والتى تصيـب المجتمعـات البشريـة فى جميـع مراحـل التنمية (جبالى نـور الدين، 1989، ص ص 37-38)؛ (سـلوى محمـود، 1984، ص ص 34-37)؛ (محمـود أبـو النيـل، 1994، ص ص 354-356)؛ (Gavin, Jame et al, 2003, 7)

إلا أن تزايـد الأعـداد من المصابـين به، إضافة إلى التدهورات العديدة التـى يحدثهـا لـدى الفرد المصـاب كل ذلك قـد جعل مرض البول السـكرى يتصـدر قائمـة إهتـمام العلـماء فى محاولة للحـد مـن أضراره، وإبتكار طرق جديـدة للعـلاج. إذ تصـدر هـذا المـرض مع أمـراض القلـب والشرايين قائمة الأمـراض الوبيلـة التـى تعرض حياة الإنسـان إلى المخاطـر والوفاة.

ولـذا فقـد إنتـشر ضحايـا هـذا المـرض فى جميـع أنحـاء الأرض حتـى بلـغ عـدد المصابـين بـه فى العـالم عـام 1994 مـا يقـرب مـن 110 ملايـين شـخص، ومـن المتوقـع أن يصـل هـذا العـدد إلى 220 مليونا عـام 2010 إذا إسـتمر بنفـس معـدل الإنتشار.(حسـن فكـرى، 2000، ص 3)

ولـذا فـإن الموقـع الإلكـترونى الأمريـكى لمـرض السـكر يـورد الحقائق الآتيـة حـول هـذا المرض :

- إنشـاء مؤسسـة عالمية لمرضى السـكر والتى تأسسـت فى شهر مارس عـام 2000 برعايـة أمـيرة الدنمارك وبرأس مال قدره سـبعون مليون يورو.

- أن الدافـع لتأسـيس هـذه المؤسسـة ودعم ومسـاندة أى مشـاريع محليـة أو عالميـة لمنـع إنتشـار هذا المـرض (أى الحد من إنتشـاره) وإبتكار وسـائل (فعالـة) للعلاج.

- تـم دعـم العديد من المشـاريع حتـى الآن وفى مختلـف دول العالم فى الصـين، فى الهنـد، والكامـيرون، وموزنبيـق وكوبـا وفى الضفـة الغربيـة فى فلسـطين وغيرها مـن الدول.

- أن مرض السكر يشير إلى الآتى :

* 194 مليون مريض بالسكر فى العالم (حتى عام 2004)

* سـيقفز هـذا الرقـم عـام 2025 إلى 333 مليـون مريـض (عـلى أقل التقديرات)

* فى الدول النامية سـتبلغ نسـبة الزيادة فى مرض السـكر 170% أى حـوالى 228 مليون مريض.

- إن مرض السكر يحدث الأضرار الآتية :

* المسـبب الأول للإصابـة بالعمـى وخاصة لدى الأفـراد الذين تتراوح أعمارهـم ما بـين 20 – 74 عاماً.

* مرض السكر المسئول عن 43% من حالات الفشل الكلوى.

* مـرض السـكر المسـئول الأول عن العجز الجنسى لـدى الرجال، وأن مـن 35 إلى 50% من الرجال يشـكون هـذا العجز الجنسى.

* مـرض السـكر مسـئول عـن تلـف هنيـف فى الجهاز العصبى سـواء لـدى السـيدات أو الرجال.

* مـرض السـكر مسـئول عـن إصابـة المـرضى بـه بالإكتئـاب وقـدرت نسـبتهم مـن 25 إلى 33%.

* مـرضى السـكر معرضـون للإصابـة بجلطـة المخ بمعـدل أكثر خمس مـرات من غـير المصابين.

* أن نسـبة الوفـاة تتضاعـف بمعـدل مرتـين بالنسـبة لمـرضى السـكر عنهـا فى غـير المصابـين بهـذا المرض.

- أن مـرض السـكر لـه آثـار إقتصاديـة ضـارة سـواء بالنسـبة للفـرد المصـاب أو أسرتـه أو حتـى الدولـة (إن تكفلـت بعلاجـه) ربما تفـوق الآثار الإقتصاديـة الضـارة لمـرض الإيدز

(A Merican diabetes association)

ولـذا لا غـرو أن صـدر تقريـراً عـن منظمـة الصحـة العالميـة يصـف مرض السكر بأنه مرض أوشك أن يتحول إلى وباء. (WIIO,2002)

ورغـم كل مـا سـبق فإن الدراسـات العربية – على الأقـل – فى مجال مـرض السـكر مـا زالـت جـد محـدودة، وهنـا تـبرز أهميـة دراسـة العديد مـن الأبعاد الشـخصية والعوامـل الديموجرافية مثل : المسـتوى التعليمى – المستوى المهنى – الحالة الإجتماعية (بتفرعاتها المختلفة) وكذا النوع وعلاقة

كل مـا سـبق بـكل مـن الإضطرابـات السيكوسـوماتية وبعـض المتغـيرات الشـخصية لـدى مـرضى السـكر مـن النـوع الثـانى.

مشكلة الدراسة :

تتلخص فى :

1 – هـل توجـد علاقة إيجابية دالة إحصائياً بين المسـتوى الإجتماعى (متـزوج – غـير متـزوج – مطلـق – أرمـل) وبـين بعـض المتغيرات النفسـية مثـل : قائمـة كورنـل للإضطرابـات النفسجسـمية، إختيـار ضغـوط الحيـاة، إسـتبيان تقديـر الشـخصية، إختبـار الصلابـة النفسـية لـدى مـرضى السـكر مـن النـوع الثـانى (ذكـور – إناث) ؟

2 – هل توجــد علاقة إيجابية دالة إحصائياً بين المستوى التعليمى (والـذى إحتـوى عـلى خمـس مسـتويات : بـدون تعليـم أسـاسى (إبتدائى – إعـدادى)، تعليـم ثانوى، تعليم فوق المتوسـط، تعليـم جامعى) وبين بعض المتغـيرات النفسـية مثـل : قائمة كورنـل للإضطرابات النفسجشـمية، إختبار ضغـوط الحيـاة، إسـتبيان تقدير الشـخصية، إختبـار الصلابة النفسـية لدى مـرضى السـكر من النـوع الثانى (ذكـور – إناث) ؟

3 – هـل توجـد علاقـة إيجابيـة دالـة إحصائيـاً بـين مسـتوى المهنـة (والتـى إحتوت على أربع مسـتويات للمهن هـى : مهن كتابية وفنية، مهن إدارية وشـبه مهنية، بدون عمل) وبين بعض المتغيرات النفسـية مثل قائمة كورنـل للإضطرابات النفسجسـمية، إختبـار ضغوط الحياة، إسـتبيان تقدير

الشـخصية، إختبـار الصلابـة النفسـية لـدى مـرض السـكر من النـوع الثانى (ذكـور – إنـاث) ؟

4 – هـل توجـد علاقـة إيجابيـة دالـة إحصائيـاً بـين النـوع (ذكـور – إنـاث) وبـين المتغـيرات النفسـية مثـل :

قائمـة كورنـل للإضطرابـات النفسجشـمية، إختبـار ضغـوط الحيـاة، إسـتبيان تقديـر الشـخصية، إختبـار الصلابـة النفسـية لـدى مـرضى السـكر مـن النـوع الثانى.

أهداف الدراسة :

تهدف الدراسة إلى :

1 – تنـاول العلاقـة بـين المسـتوى الإجتماعـى وبـين العديـد مـن المتغـيرات النفسـية مثـل : قائمة كورنـل للإضطرابات النفسجسـمية، إختبار ضغـوط الحيـاة، إسـتبيان تقديـر الشـخصية، إختبـار الصلابـة النفسـية.

2 – تنـاول العلاقـة بـين المسـتوى التعليمـى وبـين العديـد مـن المتغـيرات النفسـية مثـل : قائمة كورنـل للإضطرابات النفسجسـمية، إختبار ضغـوط الحيـاة، إسـتبيان تقديـر الشـخصية، إختبـار الصلابـة النفسـية.

3 – تنـاول العلاقـة بـين المسـتوى المهنـى وبين العديد مـن المتغيرات النفسـية مثـل: قائمـة كورنـل للإضطرابـات النفسجسـمية، إختبـار ضغـوط الحيـاة، إسـتبيان تقدير الشـخصية، إختبـار الصلابة النفسـية.

4 – تنـــاول العلاقـــة بـــين الجنـــس (النـــوع) وبـــين العديـــد مـــن المـتغـــيرات النفـــسية مثـــل: قائـــمة كورنـــل للإضطرابـــات

النفسجسـمية، إختبـار ضغـوط الحياة، إسـتبيان تقدير الشـخصية، إختبار الصلابة النفسـية.

أهمية الدراسة :

1 - تنـاول فئـة المـرضى المصابـون بالسـكر مـن النـوع الثـانى وهـم شريحـة كبـيرة - مقارنـة بالمصابـين بالسـكر مـن النـوع الأول (90% فى مقابـل 10%).

2 - أن الدراسـة تحـاول سـد الفـراغ المعلومـاتى فى الكثـير مـن الجوانـب النفسـية والإنفعاليـة لهـذه الفئـة مـن المـرضى وذلـك ناتـج عـن قلـة الدراسـات والأبحـاث (خاصـة العربيـة) فى هـذا المجـال.

3 - أن الدراسـة تتنـاول العديـد من المتغـيرات الديموجرافية المميزة لمـرضى السـكر مـن النـوع الثـانى خاصـة : النـوع، المسـتوى التعليمـى، المسـتوى المهنـى، المسـتوى الإجتماعـى.

4 - أن الدراسـة تتناول العديد من المتغيرات النفسـية لمرضى السـكر مـن النـوع الثـانى مثـل : الإضطرابـات السيكوسـوماتية، طبيعـة الضغـوط التـى يتعرضـون لها، تقدير الشـخصية (بجوانبه السـبع المختلفة) وجوانب الصلابة النفسـية.

5 - أن الدراسـة تتنـاول الذكـور والإنـاث المصابون بمرض السـكر من النـوع الثـانى ولا تقتـصر على شريحة نوعيـة واحدة.

6 - إمكانيــة الإســتفادة مــن نتائــج هــذه الدراســة فى

تصميـم برامـج وقائيـة وعلاجية وإرشـادية للحد من الإصابة بمرض السـكر مـن النـوع الثـانى مـن خـلال نظريـة (تنظيـم أسـلوب الحياة) ومـن حيث ضرورة الإهتـمام بممارسـة الرياضـة، والإقبـال على الغذاء الصحـى المتوازن، وترشـيد الإنفعـالات وهـو مـا يعرف ببرنامـج منع حدوث السـكر.

الإطار النظرى :

سوف يسير الإطار النظرى وفقاً للمحاور الآتية :

المحـور الأول : مـرض السـكر : تعريفـه – أنواعه – تاريخه – أسـبابه – تشـخيصه – مضاعفاتـه – أعراضه – علاجه.

المحور الثانى : المتغيرات الديموجرافية لدى مرض السكر.

المحـور الثالـث : الإضطرابات السيكوسـوماتية، والضغوط النفسـية، جوانـب الشـخصية المميـزة لمرض السـكر – الصلابة النفسـية.

أولاً : المحور الأول :

يعـرف مرض السـكر Diabetes Mellitus بانه حالـة مزمنة وإزدياد مسـتوى السـكر فى الـدم وينتـج عـن عوامـل بيئيـة ووراثيـة كثـيرة غالباً ما تتضافـر معـاً، وقـد يظهـر فى أى مرحلـة مـن مراحـل العمر، ويتميـز بعدم قـدرة البنكريـاس عـن إفـراز هرمـون الأنسـولين، أو عـدم قـدرة الجسـم عـلى الإسـتفادة مـن هـذا الهرمـون، ويـؤدى ذلـك إلى خلـل فى التمثيـل العضـوى Metabolism، والنتيجـة الظاهريـة هـى الإرتفـاع المسـتمر

لنسـبة السـكر فى الـدم مـع ما يترتب عـلى ذلك من أضرار (سـلوى محمود، 2005، 35؛ جـمال نـور الدين، 1989، 39؛ أحمـد محمد عوف 2000، 61 – 63؛ محمـود أبـو النيـل 1994، 354). فى حـين يـرى البعض أن السـكر ليس مرضـاً وإنمـا هـو إضطـراب لعمليـة الأيـض (التمثيـل الغـذائى) يحـول دون مـن إسـتهلاك الأنسـجة للسـكر (الجلوكـوز الموجود بالـدم إسـتهلاكاً كافياً) وذلـك لنقـص هرمون الأنسـولين أو ضعـف فاعليته، وإن هـذا الخلل يقود إلى كافـة صـور وأشـكال المضاعفـات سـواء لأجهـزة الفـرد الحيويـة وبالتالى سـوء حالته النفسية.

(أيمن الحسينى، 1944، ص 6، مغازى محجوب 1989، 46 – 48)

وإن هـذا الخلـل فى المعـدلات الخاصةبالسـكر فى الجسـم لـه عـدة أسـباب منهـا :

عـدم كفايـة أو قصـور الأنسـولين فى الـدم، عـدم حساسـية الخلايـا لفعاليـة الأنسـولين المفـروز، وزيادة فى نسـبة هرمون يسـمى (الكلوكاثون) وهـو هرمـون آخـر للبنكريـاس، وأخـيراً مجموعـة مـن العوامـل والأسـباب الخاصـة بالجينـات ومنهـا الخلـل فى الجينـات المعيبـة النـادرة والخاصـة بعمليـة التمثيـل العضـوى(Molner,r1992)

أما عن أنواعه فيقسم إلى :

1 – مرض السكر من النوع الأول :

وهــذا النــوع يصيــب صغــار الســن، وهــو أقــل حدوثــا،

وهـو يحـدث نتيجـة تأثـير جينـى ناتـج عـن فـيروس يهاجـم البنكريـاس، وهـو عـادة يحـدث عند فئـات المراهقـين، والفئات السـنية الصغـيرة ويتم السـيطرة عليـه بواسـطة أبـر الأنسـولين (Molner,r1992) حيـث يتوقف البنكريـاس فى هـذا النـوع عـن إفـراز الأنسـولين، ونسـبة مـن يصـاب بهذا النـوع مـا بـين 10 – 15%، ويعـرف بمـرض السـكر المنعـدم الأنسـولين أو المعتمـد عـلى الأنسـولين (محمـد صـلاح الديـن، 1993، 3)، وأن هـؤلاء المـرضى يتميـزون بـالآتى : يكـون المريـض نحيفـاً، يوجـد نقـص تـام فى مادة الأنسـولين نتيجـة للتلـف الشـديد فى خلايـا بيتـا، لا يسـتجيب هـذا النـوع للعـلاج بالأقـراص ويعالـج بالأنسـولين (أيمـن الحسـينى، 1990، 6)

2 – مرض السكر من النوع الثانى :

ويمثـل هـذا النـوع الأغلبية من المـرض، حـوالى 85 – 90%، ويحدث عـادة بعـد سـن الثلاثـين أو الأربعـين،وفى هـذا النـوع نجـد أن البنكريـاس يقـوم بإفـراز الأنسـولين فى دم المريـض، ولذلـك عـرف بإسـم (السـكر الـلا منعدم الأنسـولين) وكذلك نجد أن المريض لا يحتاج إلى الحقن بالأنسـولين (فى معظـم الأحيـان، ولـذا سـمى (اللا معتمـد على الأنسـولين). (محمد صلاح الديـن، 1993،31)

وإن مــرضى الســكر - فى هــذا النــوع – يتميــزون بــالآتى : الســمنة، يقــل إفــراز الأنســولين بدرجــة بســيطة حيــث توجــد خلايــا بيتــا فى حالــة جيــدة، وقــد تكــون كميــة الأنســولين فى هــذا النــوع طبيعيــة تمامــا، أن عوامــل معينــة تحــد مــن فاعليــة

الأنسـولين أو تحـول دون إفـرازه بصـورة جيـدة يسـتجيب هـذا النـوع للعـلاج بالأقـراص، عندمـا يعالـج بالأنسـولين يسـهل السـيطرة عـلى كميـة السـكر فى الـدم ولا تظهـر تقلبـات (أيمـن الحسـينى، 1988، 7). ولـذا فـإن تغـير أسـاليب التغذيـة ونمـط الحيـاة يلعبـان الـدور جـد الهـام فى حدوث مثـل هـذا المرض.

(Malnar, 1992 Gavin, Jamer, et al 2003, p, 12)

3 – مرض السكر الثانوى :

ويحـدث مـرض السـكر فى هـذه الحالة بصفـة ثانوية نتيجـة لوجود علـة مرضيـة محـددة سـابقة ومحدثـة للمـرض (أحمـد محمـد عـوف، 2000)، ومـن هـذه العلـل مـا يـلى : الخلـل الـوراثى فى وظيفـة خلايـا بيتـا، الخلـل الـوراثى فى فاعليـة هرمـون الأنسـولين، أمـراض البنكريـاس، أمـراض الغـدد الصـماء، إسـتخدام بعـض العقاقير والمواد الكيمائيـة. (Gavin,

James, et al, 2003, p, 7)

4 – مرض السكر المصاحب للحمل :

ويقصـد بـه حـدوث مـرض السـكر أثنـاء الحمل الـذى يختفـى بعد الـولادة مبـاشرة وهـو فى العـادة بـدون أعـراض، ويكتشـف فقـط أثنـاء التحاليـل المعتـادة التـى تجرى للحامـل. (محمد صلاح الديـن، 1993، 82-83) (أحمـد محمـد عـوف، 2000)

أمـــا عـــن تاريخـــه فـــقد عـــرف مـــرض الســـكر منـــذ القـــدم ووصـــف أولا عنـــد المصريـــين القـــدماء وذلـــك منـــذ 1500 ســـنة ق.م بأنـــه مـــرض غـــريب يتـــمثل فـــى جريـــان اللحـــم والعظـــم فى

البـول، وقـد عرفـه الصينيـون مـن خـلال البول الحلـو، وقد وصـف أعراضه طبيـب يدعـى «سـتشرونا» Sechrona بعـد ذلـك بقـرن مـن الزمـن، كـما عـرف فى الحضـارة الإغريقيـة بـل أن كلمـة (دبايتـس) تعنـى سـيلان الماء مـن قلـة، أمـا ميلتـس Mellitus فتعنـى فى اليونانيـة البول العسـلى لمذاقه الحلـو، وعـرف أيضـاً عنـد العـرب بإسـم (البوال).

ولـذا لا غـرو أن وصفـة الـرازى (860 – 932) وابـن سـينا (960 – 1037) حيـث وصفـاه وصفـاً دقيقـاص بمـا فى ذلـك أعراضـه والعلاقـة بـين حـدوث الغرغرينـا فى الأطـراف ومـرض السـكر.

أمـا أهـم الفصـول فى تاريـخ مـرض السـكر فقـد تمثلـت فى أبحـاث العـالم وليـس Willis, t حتـى تمكـن عـام 1174مـن كشـف السـكر بالبول وأضـاف كلمـة ملتـوس إلى ديابتـس، كـما إسـتطاع كلـود برنـار مـن إنتـزاع قطعـة مـن بنكريـاس كلـب ثـم لاحـظ أن الكلـب قـد أصيـب بالعطـش وكـثرة التبـول، فى حـين تمكـن (لانجـر هانـز) سـنة 1869 مـن إكتشـاف الخلايـا المسـئولة عـن إفـراز الأنسـولين وهـى خلايـا بيتـا مـن جـزر لانجـر هانـز والتـى سـميت بإسـمه، كـما تمكـن زديلـزر Zuelzer عـام 1908 من إجـراء تجـارب عـلى الـكلاب وذلـك لمحاولة تخفيض نسـبة السـكر فى الدم، وفى عـام 1921 إسـتطاع كل مـن : بنتنـج وبيسـت Banting & Best.c أن يظهـر للعـالم أن المـادة السـائلة مـن جـزر لانجـر هانـز كفيلـة إذا حقنـت لكلـب التجربـة المجـردة مـن بنكريـاس أن تخفض نسـبة مسـتوى

السـكر فى دمـه، وفى عـام 1956 إسـتطاع سـانجر Sanger,f أن يكشـف التركيبـة الكيمائيـة للأنسـولين (حيـث نـال عـلى هـذا الإكتشـاف جائـزة نوبـل)، وليـس الأنسـولين هـو الـدواء الوحيـد لمـرض السـكر، ولـذا فقـد توصـل كل مـن لوبافتـير Lobatiere فى فرنسـا وفرانـك وفوكس & Fvonk Fox فى ألمانيـا إلى صنفـين مـن الأدويـة أدت فى السـنوات الماضيـة خدمات جليلـة لسـائر البشريـة وهـى مشـتقات السـلفيميدات والبكوانيـدات (أى العـلاج بالأقـراص).

(جبالى نور الدين، 1989، 37-38)

(جيهان محمد رشاد، 2001، 15)

عبد الرحمن نور الدين، 1982، 25)

(Gavin, Jamer, et al, 2003)

أما عن أسـبابه فتختلف الأسـباب وفقا لنوع السـكر إلا أننا سـنقصر حديثنـا عـن أسـباب حدوث السـكر مـن النوع الثـانى Type2 حيـث يتميز هذا النوع من السـكر بقدرة البنكرياس على إنتاج الأنسـولين لكن الجسـم لا يسـتجيب لمفعولـه وهـو ما يطلق عليـه مقاومة مفعول الأنسـولين، ولذا فـإن هنـاك عوامـل وراثيـة حيـث لوحـظ أن هـذا النـوع أكـثر إنتشـاراً بين عائـلات محـددة نتيجـة لبعض الجينـات الوراثيـة (Molnar,1992)، فضلا عـن العديـد مـن العوامـل الأخـرى حيـث سـاهم التقـدم الطبـى فى زيادة متوسـط أعمار الأفراد فإنتشرت أمراض الشـيخوخة ومنها مرض السكر. كما

إرتكـزت حضـارة العـصر عـلى الإيقـاع السريـع، فضـلا عـن قلـة الحركـة، ومـا جلبتـه الحضـارة مـن أنـواع مـن الغـذاء (الوجبـات السريعة المشـبعة بالدهـون)، إضافـة إلى إنتشـار التدخـين بأنواعـه وتنـاول المشروبـات الكحوليـة، وإجتـماع كل أو بعـض هذه العناصر لا يسـتطيع تحمله إلا قلة مـن الأجسـام تتميـز بتراكيـب داخليـة مقاومـة

(محمـد صـلاح الديـن 1993، 5؛ أيمـن الحسـينى 1994، 45؛ أيمـن الحسـينى 1999، 15؛ حسـن فكـرى 2000،15؛ أحمـد محمـد عوف 2000، 90)

ويتم تشخيص مرض البول السكرى عن طريق المعايير الآتية :

1 – وجـود أعـراض مـرض السـكر (تتضمن الأعـراض التقليدية لمرض السـكر مثـل : كـثرة التبـول، شـدة العطـش، نقـص الـوزن بـدون سـبب محدد).

2 – أو أن يكـون المسـتوى العشـوائى للسـكر فى البلازمـا مسـاوى أو أكـثر مـن 55ج ملليجـرام / عـشر لـتر (والمقصـود بالمسـتوى العشـوائى مسـتوى السـكر فى أى وقـت من اليـوم دون الإهتمام بالوقـت المنصرم منذ آخـر وجبـة تناولهـا الفرد).

3 – أو أن يكـون مسـتوى السـكر فى حالـة صيـام الفـرد؛ أى بعـد إنقضـاء 8 سـاعات عـلى الأقـل منذ آخـر وجبـة فى البلازما أو أكـثر من 126 ملليجرامـا / عـشر لـتر.

4 – أو أن يـــكون مستـــوى السكـــر فـــى البـلازمـــا بعـــد

ساعتين من تناول سكر الجلوكوز مساو أو أكثر من 200 ملليجراما / عشر لتر.

(Gavin, Jamer. Et al, 2003, p. 12)

أما عن مضاعفاته فإذا إستمر مرض السكر لفترة طويلة من الوقت فإنه يرتبط بإنهيار فى كل أجهزة الجسم الداخلية تقريباً مما يشكل تهديداً خطيراً على الصحة حيث يؤثر على الأوعية الدموية والأعصاب مما يؤدى إلى ضعف وقلة تدفق الدم للأطراف والأعضاء الحيوية مما يعرضها للإصابات الجرثومية، وقلة تدفق الدم للقلب مما يؤثر فى كفاءته ويعرض المريض للذبحات الصدرية وذلك نتيجة للقصور فى الدورة التاجية وقصور الدورة الدموية، كما يؤثر على العين فتؤثر بدورها على قوة الإبصار بدرجات متفاوتة قد تصل إلى فقدان البصر، كما أن ضعف الدورة الدموية فى الأطراف له الكثير من المضاعفات أخطرها (إضطرارها بتر القدم فيما يعرف بإسم القدم السكرى)، كما أن إرتفاع نسبة السكر فى الدم لفترات طويلة يؤثر على كفاءة الكلى مما قد يقود إلى الفشل الكلوى ناهيك عن الضعف الجنسى، وفقدان القدرة على النشاط والعمل وغيرها من المضاعفات.

(Mol Nar, 1992, Kaplan, et al, 1993)

(أيمن الحسينى 1990، 50 – 110)

(أيمن الحسينى 1999، 60 – 141)

(محمد قرنى 2000، 85 – 95)

(سلوى محمد محمود 2004، 49 – 55)

أما عن أعراض مرض السـكر فتتلخص فى الأعراض الآتية : الإحسـاس بالتعـب ونقـص الطاقـة والخمـول والإجهاد، إحسـاس متزايـد بالعطش مع جفـاف الحلـق وكـثرة التبول، زيـادة الشـهية للطعام، فقدان الـوزن، تنميل الأصابـع والقدمين، تأخـر فى إلتئام الجروح.

(أحمد محمد عوف 2000، 13)

(حسن فكرى 2000،23)

سلوى محمد محمود 2004، 41 – 42)

(Kaplan, et al, 1993, 180 – 186)

أمـا عـن عـلاج مرض السـكر فهـذا يعتمد عـلى نوعية مرض السـكر، فالنـوع الأول يكـون العلاج بالأنسـولين، أمـا النوع الثانى (غـير المعتمد على الأنسـولين) فيكـون العـلاج بالأقـراص المختلفـة الأنـواع والخافضـة لنسـبة السـكر فى الـدم، تنظيم الغـذاء، مزاولة الرياضة بصورة منتظمة ومسـتمرة، زراعـة البنكطريـاس، زراعـة خلايـا بيتـا، عـلاج خلـل الجينـات المسـببة لمـرض السـكر، إسـتخدام الهندسـة الوراثيـة لزراعـة الجينـات المتحكمـة فى إفـراز الأنسـولين (سـلوى محمـد محمـود، 2004، 56، أحمـد محمـد عوف 2000، 140-141)، كـما توجـد العديـد مـن الطـرق الجديـدة للعلاج مثل : دواء الروزلـين Rezulin (والـذى يسـاعد خلايـا الجسـم عـلى الإسـتفادة مـن هرمـون الأنسـولين بشـكل أفضـل)، قلـم حقـن الأنسـولين، مضخـات الأنسـولين ... وغيرهـا مـن الطرق

(أيمن فاروق عبد العزيز 2000، 89-88)

المحور الثانى : المتغيرات الديموجرافية لدى مرضى السكر :

تلعب المتغيرات الديموجرافية دوراً جد هام لدى جميع الأفراد، وتستخدم دلالة مثل هذه المتغيرات الديموجرافية فى دراسة الحالة. فالإسم مثلا قد يكون له معنى أو لا يكون، وقد يكون مألوف أو غير ذلك، والجنس (أى النوع) له دور جد هام فى بيان النظرة الثقافية الغالية وهل المجتمع يفرق بين الذكور والإناث أم لا ... وكذلك المستوى الإجتماعى حيث أشارت العديد من نتائج الدراسات إلى أن المتزوجين مثلا أقل عرضة للمشكلات النفسية الحادة مقارنة بغير المتزوجين، وأن المستوى التعليمى يعكس من ناحية درجة ذكاء الفرد وطبيعة فهم الفرد لمجريات الأمور وكذا الحى السكنى يشير إلى الطبيعة الإقتصادية والإجتماعية – الثقافية للفرد وهل يعيش فى الحضر (حيث التمدن ووسائل الحضارة) أم فى الريف أم فى المناطق العشوائية ... وهكذا فإن دلالة المتغيرات الديموجرافية تلعب دوراً هام جد فى دراسة الحالة والوقوف على العديد من جوانب شخصيتهم.

أنظر فى هذا الصدد : محمد حسن غانم، 2004؛ محمد حسن غانم، 2006؛ ممحمد محمد شعلان، 1979؛ أو لتمانز / فيل / دفيسون 2000؛ ليندزاى ج. بول 2000) وغيرها من الكتب التى تناولت دلالة دراسة الحالة فقد أشارت العديد من الدراسات التى تناولت مرضى السكر عرضاً إلى قيمة العديد من المتغيرات الديموجرافية حيث وجد وثلا

أن البيـض فى الولايـات المتحـدة أكـثر إصابـة بمـرض السـكر مقارنة بالسـود وتـم إرجـاع ذلك إلى طبيعة التغذية والتمـدن (Molnar,1992) وأن المرأة أكـثر إصابـة بالسـكر (مـن حيـث النـوع) مقارنة بالرجـل وتم تفسـير ذلك فى ضـوء العديـد مـن العوامـل وأهمهـا تأثير بعـض العوامل الفسـيولوجية الخاصـة بالمـرأة والتـى مـن الممكـن أن تكـون مسـببة لحـدوث كثـير مـن الأمـراض المرتبطـة بطبيعة النـوع وذات الصلة بفسـيولوجية المرأة وتركيبها الجسـمانى (يعقـوب يوسـف الكنـدرى، 2003، ص 369)، وأن مرض السـكر ينتـشر فى المناطق الحضـــرية أكثـــر من المناطق الريفيـة (Arab,1992) وأنـه كلـما طالـت فـترة الإصابـة بالمـرض مـع عـدم الإلتـزام بالنظـام العلاجـى والغـذائى فـإن ذلـك يقود إلى العديـد من المضاعفات جد السـيئة لأجهـزة الفـرد الحيويـة (Fatani, et al,1987)، كـما وجـد مـن خـلال المتابعـة الإنجليزيـة لمرض السـكر من الجنسـية البريطانيـة ونتيجة لضرورة إلتزامهـم بنظـام غـذائى وعلاجـى صـارم أنـه بعـد فترة (مـن هـذا الإلتزام) قـد يصابـون بالإكتئاب وييئسـون من حالة إسـتمرارهم على وتـيرة واحدة.

(Lustman et al, 2000 pp, 934-942)

(Popkin, 2001, pp. 51-53)

(محمود سامى، 1997)

وهكـذا تلعـب العوامـل البيئية دوراً لا يشـبهان بـه فى تحديد حجم الإصابـة بمـرض السـكر وهـو ما تحـاول تناوله جـد وهام هذه الدراسـة.

المحـور الثالـث : الإضطرابـات السيكوسـوماتية والضغـوط وجوانـب الشـخصية المميـزة لمـرضى السـكر والصلابة النفسـية:

الإضطرابـات السيكوسـوماتية : هـى الإضطرابات الجسـمية المألوفة للأطبـاء والتـى يحـدث بهـا تلـف فى جـزء مـن أجـزاء الجسـم أو خلـل فى وظيفـة عضـو مـن أعضائـه نتيجـة إضطرابـات إنفعاليـة مزمنـة نظـراً لإضطرابـات حيـاة المريـض، والتـى لا يفلـح العـلاج الجسـمى الطويـل فى شـفائها شـفاء تامـاً لإسـتمرار الإضطـراب الإنفعـالى وعـدم عـلاج الأسـباب الحقيقيـة والإكتفـاء فقـط بعـلاج الأعـراض الجسـمية (محمـود أبـو النيل، 1994، 348). ولـذا فقـد لخصـت دائـرة المعـارف النفسـية أهـم خصائـص هـذه الأمـراض فيـما يـلى :

أ – وجـود إضطرابـات فى الوظيفـة مـع وجـود خلـل فى أحـد أعضـاء الجسم.

ب – وجـود إضطرابـات إنفعاليـة تقـوم بـدور جوهـرى فى ترسـيب وحـدوث وتكـرار وتفاقـم الأمـراض وهـذا مـا يميزهـا عـن الإضطرابـات العضويـة الصرفـة.

جـ - تتسم هذه الإضطرابات بأنها مزمنة وتتنوع مظاهرها.

د – كما أنه ترتبط بغيرها من الإضطرابات النفسجسمية الأخرى.

(من خلال : هبه أبو النيل، أيمن عامر، 2006، ص 272)

إلا أن الإضطرابـــات السيكوســـوماتية ووفقـــاً لنظريـــة

(ماكنـمار) تكـون فى بدايتهـا مجـرد أعـراض Syupoms وأنهـا تكـون مجـرد مجموعـة مـن الإسـتجابة الفسـيولوجية وتكـون كـرد فعـل طـارئ Emcrgency Reaction وتحـدث أ'راضـاً تتضمـن تغـيرات تحدث لأجهزة الجسـم المختلفـة إلا أن إسـتمرار هـذه الأعـراض لوقـت طويـل يقـود إلى تحويلهـا مـن أعـراض فى إضطرابـات

(Menamara, 2000, p. 24)

ومـن هنـا فـإن مرض السـكر من الأمـراض التـى بها جانب جسـمى ونفـسى أيضـاً ولعـل مـن أشـهر الدراسـات التـى قدمـت (بروفيـلا نفسـيا) لمـرض السـكر دراسـة (ادبنـاره) حيـث وجـدت أن حالـة مريـض السـكر تتحسـن ظاهريـا وهـو مـع زملائـه، ولكـن تنتابـه فى نفـس الوقت مشـاعر عـدم الأمـن مـع الآخريـن فيعيـش فى حالـة مـن التناقـض بـين الشـعور بالمبـادأة فى الإتصـال بالنـاس ومقابلتهـم وبـين الترفـع عن القيـام بذلك مما يدفعـه للإنـزواء فجـأة، كـما أنهـم فى مجـال العمـل يتقبلـون المديـح مـن زملائهـم إلا أنهـم فى نفـس الوقـت يحجمون عـن تحمل المسـئولية وغيرها مـن الخصائـص والسـمات النفسـية.

(من خلال : محمود أبو النيل، 1994، 355-366)

وبعد التأكيد على دور العوامل النفسية فى إمكانية الإصابة بإضطراب أو أكثر من الإضطرابات السيكوسوماتية نجد العديد من الدراسات قد ربط بينهـا وبـين التعـرض للضغـوط أو المشـقة، وأن الإضطرابات النفسجسـمية تحـدث عندمـا يتعـرض الفـرد لموقـف مضطـرب أو ضاغـط (يسـتمر

لفـترة طويلـة دون حسـم) هنـا يسـتجيب المسـتوى الفسـيولوجى ويؤدى إلى تغـيرات فى البنـاء الجسـمى ويحـدث العديـد مـن الإضطرابات.

(مجدى زينة، 2000 ص 41؛ Gllatin, 1988, p. 21)

ومـن هنـا، فقـد قدمـت العديد مـن النـماذج والتى يتم مـن خلالها تقييـم الضغـوط ومنهـا النموذج الأشـهر الذى قدمه كل مـن هولمز وراهى Holmes & rahe, 1967 ، ونمـوذج راهـى وأرثـر والـذى عـرف بالنمـوذج البـصرى والـذى يركـز عـلى العلاقـة بـين أحـداث الحيـاة والمـرض (Rahe & Arthur, 1978) كـما قـدم كل مـن (فيربانـك وهونـج) نمـوذج يتضمـن ثمانيـة أنمـاط مـن الأحـداث إعتـماداً عـلى أربعة هـى : مدى سـيطرة الفرد عـلى الحـدث الضاغـط مـن عدمه، هـل يدرك الفـرد الحدث الـذى يتعرض لـه عـلى أسـاس أنـه إيجـابى أم سـلبى، إدراكـه عـلى أنـه مرغـوب أم غـير مرغـوب، ناشـئا عـن حالة عجـز نفـس أن بدنى.

(Fairbank & Hough, 1979)

وكذلـك النمـوذج الطبـى الـذى قدمـه «سـيلر» والـذى نظـر إلى الضغـوط عـلى أسـاس أنهـا إسـتجابة فسـيولوجية عامـة للجسـم والتـى تتبلـور مـن خـلال ظهـور عـرض أو أكـثر مـن الأعـراض الجسـمية الناتجـة عـن هـذه الضغـوط.

(Seleye, 1956)

وأيضـــا النـــماذج النفســـية التـــى تنظـــر إلى الضغـــوط عـــلى

أنها ليست حدثاً خارجياً بل أن هذا الحديث يتشكل من خلال إدراك الفرد له، وهل هذا الإدراك موضوعى أم مبالغ فيه (Lazarus & Folkman, 1984) وغيرها من النماذج لكن الأهم أن حجر الزاوية فى الإضطرابات النفس جسمية هو الشدائد أو الضغوط وفقاً لما أكدته لجنة خبراء الصحة العقلية.

(سعد جلال، 1986، 266 – 269)

وفيما يتعلق ببعض الجوانب الشخصية لمرضى السكر من النوع الثانى فقد أشار عديد من الباحثين إلى أن السمات الأساسية المميزة للأفراد الذين يقعون فريسة للإضطرابات السيكوسوماتية أنهم يتميزون بالعديدمن السمات الشخصية النفسية من قبيل القلق والغضب وعدم الحس وإستمرار الصراع، والعداء، وعدم التأنى، والعجز عن إتخاذ القرار والإعتماد وعدم الرغبة فى تحمل المسئولية بل والهروب من ذلك ... وغيرها من الصفات التى تجعل الفرد (مستهدفاً) للوقوع فى إضطراب أو أكثر من الإضطرابات السيكوسوماتية.

(Rosen Man & Chesney, 1982, p.s49)

وأن العلاقة بين الإصابة بمرض السكر والعديد من الخصال الشخصية خاصة إرتفاع الدرجة على سمات الغضب والحساسية والعدائية والخضوع والإتكالية والخوف من مواجهة الشدائد تظل سمات أساسية تميز مرضى السكر.

(محمود أبو النيل، 1994؛ Banks & Gnnon, 1988)

كذلـك فإن التعرض المسـتمر للإحباط، والفشـل فى حسـم الصراعات يقـود إلى تلـف عضـو أو أكثر من أعضـاء الجسـم (نتيجة الإجهاد المسـتمر والمرهـق لهـذا العضـو أو ذاك مـن أعضاء الجسـم) وأن إسـتمرار الضيق أو التوتـر يقـود بـدوره إلى زيـادة فى الأعـراض السيكوسـوماتية ومع إسـتمرار الضغـوط تتحول الأعـراض إلى إضطرابات سيكوسـوماتية.

(جبالى نور الدين، 1989، Miller, 1993)

أمـا عـن الصلابـة النفسـية لـدى مـرضى السـكر مـن النـوع الثـانى فبالرغـم مـن قلـة الدراسـات التـى تناولـت الصلابة النفسـية لـدى مريض السـكر، إلا أن الحقيقـة التـى توصلـت إليهـا بعـض الدراسـات أن الصلابـة النفسـية وهـى التـى تشـير إلى قدرة الفـرد عـلى التحكم فى أسـلوب حياته والإلتـزام والتحـدى فى الحيـاة مـن شـأن مثل هذه الإسـتراتيجية أن تسـاعد الفـرد عـلى مقاومـة التعـرض للإضطرابـات النفسجسـمية.

(Santrock, 2000, p. 5)

وتنهـض فكـرة الصلابـة النفسـية حـول مجموعـة مـن الفـروض من خلاصتهـا أن الأفـراد الذيـن يميلـون بطبيعتهـم إلى الصمـود والمقاومـة وعـدم الهـروب مـع قـدرة عالية عـلى الضبط الداخـلى وقدرة عـلى المبادأة والقيـادة وعـدم تأجيـل مواجهـة المشـاكل يكون هـؤلاء الأفـراد أكثر صحة وصلابـة بـل وسـواء نفسـيل مقارنـة بغيرهـم مـن الأفـراد الذيـن لا تتوافـر

لهـم وفيهم مثل هـذه الصفات السـابقة (Kobasa, 1979, 1982) وبالتالى توجـد العديـد من الدراسـات التى تناولـت مدى كفاءة الأفـراد فى مواجهة الضغـوط أو التوافـق معهـم والسـمات المختلفـة للأفـراد الذيـن يتميـزون بدرجـة عاليـة من الصلابة النفسـية.

(عماد مخيمر، 1996)

(Pagana, 1990, Wiebe, 1991)

(ومادى وزملاؤه)

وأن الصلابـة النفسـية والمسـاندة الإجتماعيـة وتقديـر الـذات يلعب دوراً جـد هـام فى إدراك المشـقة والتعايـش معهـا لـدى الراشـدين مـن الجنسـين فى مجـال العمـل وغـيره مـن المجـالات.

(جيهان أحمد حمزة، 2002)

الدراسات السابقة :

سـنركز فقـط عـلى الدراسـات التـى تناولت مرض السـكر مـن خلال الإهتـمام بالجوانـب الديموجرافيـة وعموماً فإن مسـح الدراسـات السـابقة لم يفـرز سـوى القليـل مـن الدراسـات التـى إهتمـت بدراسـة علاقـة هـذه المتغـيرات بغيرهـا مـن السـمات والخصائـص النفسـية لمـرض السـكر مـن النـوع الثانى.

ففى دراسة قام بها «لاوسن» وآخرون Lawson, et al, 1984 هدفت إلى الوقـوف عـلى تأثـير مدة المرض على الوظائف النفسـية – العصبية، وقد أجريت الدراسة على عينة من المصابين بالسكر بواقع 26 من الذكور، و212

مـن الإنـاث وتراوحـت أعمارهـم بـين 16 ى- 60 عاما، وعينـة مماثلة (48) مـن الأسـوياء هـم أزواج المـرضى وأصدقائهـم ومجموعـة مـن المتطوعـين بواقـع (19 ذكـرا) و (12 أنثـى) وإسـتخدموا العديـد مـن الأدوات السـيكومترية مثـل – إختبـار وكسـلر لـذكاء الراشـدين، ومقيـاس وكسـلر للذاكـرة وإختبـار إعـادة الكلـمات وقـد أشـارت النتائـج إلى وجـود فـروق ذات دلالـة إحصائيـة بـين المجموعتـين (المرضية، السـوية) فيـما عدا جانب التدهـور العقـلى لـدى العينـة المرضيـة، وأن حـول مـدة المـرض وعـدم الإلتـزام بالنظـام العلاجـى والغـذائى يقـود إلى العديـد مـن صـور وأشـكال الإضطـراب والتدهـور

(Lowson, J. et. Al, 1984)

وفى دراسـة تناولـت أحـداث الحياة والدور الذى تقـوم به فى الإصابة بمرض السـكر تناول روبنسـون وزملاؤه Robinson, et al, 1984 عينة من مـرضى السـكر تـم تشـخيصهم حديثـا (ن=13) وعينـة مماثلـة مـن الأخوة والجـيران، وقـد توصلت الدراسـة إلى أن طبيعـة البيئة التى يعيشـون فيها، وطبيعـة شـخصيتهم قـد جعلتهم أكثر إسـتهدافاً للإصابة بمرض السـكر.

(Robinson, et al, 1985, pp. 583-59)

وفـــى دراســـة تنـــاولت العلاقـــة بـــين الصحـــة والمتغـــيرات الســـيكولوجية ومـــدة المـــرض قـــام «راشـــيل هاريـــس» وآخـــرون بـــدراسة تـــناولت 93 مصـــاب بالســـكر كلهـــم مـــن الـــذكور، 72% منهـــم مـتـــزوجون وتـــم إختيـــارهم عشـــوائيا مـــن مســـتشفيات

ميامى، وتم إستخدام العديد من الأدوات النفسية، وقد توصلت الدراسة إلى عدم وجود أى فروق ذات دلالة إحصائية بين المصابين بالسكر وبين الأسوياء بإستثناء مدة الإصابة والقابلية للإصابة وأنها تكون واضحة وعالية كلما كان المصاب متزوجاً، كما أنها إرتبطت إرتباطاً موجباً مع السمنة أو البدانة.

(Harries, 1989, pp. 135-138)

أما عن التغذية (والتى تشير إلى طبيعة المستوى الإقتصادى – الإجتماعى – الثقافى) للفرد فقد حظيت بالعديد من الدراسات، إذ وجدت دراسة منظمة الصحة العالمية أن الغذاء غير الصحى، والسمنة، والوضع المعيشى السئ وغيرها من العوامل تؤدى إلى زيادة الإصابة بالسكر وأن (السمنة) تعد (أس) البلاء لأنها تؤدى إلى إنتشار العديد من الأمراض المزمنة ومنها مرض السكر.

(WIIO, 2002)

وتوصلت بعض الدراسات الأخرى أن مرض السكر أكثر إنتشاراً بين الأغنياء وذلك نتيجة لنمط الغذاء المستهلك (تيك أواى) إضافة إلى أن مثل هذه الأغذية تكون مشبعة بالدهون مع قلة الحركة نتيجة إستخدام وسائل المواصلات والجلوس بالساعات أمام التليفزيون أو الإنترنت ... كل ذلك يساهم فى حدوث مرض السكر.

(Molner, 1992, Popkin, 2001)

كما توصلت بعض الدراسات أن إنخفاض المستوى

المعيـشى، ومسـتوى الدخـل، والمسـتوى التعليمـى، وأن المـرور بالمعانـاة النفسـية وعـدم حسـم الصراعـات الداخليـة، كل ذلك وغيره قد يسـاهم فى حـدوث مرض السـكر.

(Rajaram & Vinson, 1998)

كـما أشـارت بعـض الدراسـات إلى أن سـكان الحـضر أكـثر عرضـة للإصابـة بمـرض السـكر مقارنـة بالسـكان الذيـن يقطنـون الأريـاف نظـراً لإختـلاف طبيعـة التغذيـة والتحـضر وغيرها مـن المتغيرات، حيـث وجد أن إنتشـار مـرض السـكر يكـون فى المناطـق الحضريـة بنسـبة 5.7%، 4.1% فى المناطـق الزراعيـة و1.5 فى المناطـق الصحراويـة ونسـبة معدومـة تمامـاً فى بعـض القـرى المعزولـة. (Arab, 1992) ونفـس النتيجـة السـابقة أوضحتها دراسـة «انـدران» وزمـلاؤه Chandran, 1999 مـن خـلال التوصـل إلى علاقـة بـين التحـضر والتغـير الإجتماعـى والثقـافى وإرتفاع معدلات السـكر.

كـما توصلـت دراسـة Rajarm & Uinson إلى أن النسـاء السـود فى أمريـكا أكـثر عرضـة للإصابة بالسـكر مقارنة بفئة الذكـور، وأن الإصابة تكثر بـين النسـاء الـلاتى يعيشـون بـدون أزواج أو حيـاة أسريـة مسـتقرة، وأنـه كلـما تقدمـت السـيدة فى العمـر وأهملـت العلاج الـدوائى والغـذائى كانت فرصتهـا فى التدهـور والوفـاة أكبر.

(Rajaram & Uinson, 1998)

وفـــى دراسى تنـــاولت مـــرضى السـكر فـــى المملكـــة العربيـــة السعـــودية عـلى عـينـــة مقـــدارها (5222) مـفـــحوصا وكـــان حـــجم

الذكور ضعف حجم النساء حيث هدفت الدراسة إلى تحليل الأسباب التى قادت إلى الإصابة بمرض السكر من أهمها تغيير الوضع المعيشى غير المعتمد على الحركة خاصة فى المناطق الحضرية، فضلاً عن تغير نمط الغذاء والإعتماد على الغذاء الجاهز والجلوس بالساعات الطويلة دون بذل مجهود بدنى وغيرها من العوامل.

(Fatani, et al, 1987)

وفى دراسة قام بها «جينس» عام 1986 هدفت إلى الكشف عن المظاهر الإنفعالية لمرض السكر وتأثير السكر على الحياة اليومية للمصابين، وأجريت الدراسة على عينة قوامها 101 مصاب بالسكر (51 ذكر و50 أنثى) تتراوح أعمارهم بين (32 – 52) وقد روعى التجانس بين أفراد العينة فى كافة المتغيرات، وتوصلت الدراسة إلى العديد من النتائج ومنها أن طول مدة المرض أدت إلى نشأة فروق فردية حيث أثر المرض تأثير سلبيا على 55% من الذكور مقابل 26% من الإناث، وأن الرجال أكثر شكوى من الإضطراب الجنسى (23% من الذكور مقابل 5% الإناث، ورغم أن 89% من العينة قد إعترفوا بضرورة (التعايش والتوافق) مع مرض السكر لمنع مزيد من (التدهور) إلا أن 11% من أفراد العينة قد أقروا بعدم إلتزامهم بالتعليمات التى تقود إلى التوافق مع مرض السكر، وأن الذكور اكثر تمرداً على (طقوس مرض السكر) مقارنة بالإناث. (Jenson, 1986)

وفى دراسة لـ «كالدويل» وآخر عام 1998 تناولت

إرتبـاط مـرض السـكر غـير المعتمد على الأنسـولين مـع النظـرة إلى الحياة، وكانـت عينـة الدراسـة مكونـة مـن مجموعتين : مـرضى السـكر، ومجموعة مـن الأسـوياء، وقـد توصلـت الدراسـة إلى العديـد مـن النتائـج منهـا أن المصابـين بالسـكر قـدروا قيمـة الحيـاة عـلى أنها أقـل بدرجـة جوهرية عن العينـة الضابطة.

(Caldwell & Baxter, 1998)

وفى دراسـة لــ "روجـرز" (Rogersm, 2001) تناولـت الجسـم الصحيـح يعنـى عقـلا سـليما من خـلال دراسـة أنمـاط التغذيـة وتأثير ذلك عـلى المـزاج والوظيفـة المعرفيـة عـلى المـدى الطويـل، ومـن خـلال تتبعـه لمجموعـة مصابـة بالسـكر مـن النـوع الثـانى توصـل إلى حقيقـة خلاصتهـا أن سـوء التغذيـة أو التغذيـة بإفـراط أو مراعـاة عـدم التـوازن فى العنـاصر الغذائيـة التـى يحتـاج إليها الجسـم مـع زيـادة الدهون المشـبعة (الضارة) كل ذلـك يمثـل الأرضيـة الخصبة للإصابة بمرض السـكر وغيره مـن الأمراض.

(Rogersm, 2001, pp. 143)

وفى دراسـة قـام بهـا "إيجـل" وزمـلاؤه (egle, et. al) توصلـوا إلى أن خـبرات الطفولـة السـيئة وطول مدة المـرض وعدم الإلتـزام بالنظام الغذائى والـدوائى قـد يقـود عـلى المـدى الطويـل إلى مزيـد مـن التدهـور فى أعضاء جسـم الفـرد المصـاب بالسـكر خاصة المـرضى من النـوع الثانى.

(Egle, et al, 2002, pp. 411-434)

وأخيـــراً فـــى دراســة قـــام بـــها «فيتـــشر» وزمـــلاؤه Fisher,

et al تناولت كيفية حل المشاكل وإدارة الأزمات بين الأزواج، حيث تكونت عينة الدراسة من 65 زوجاً من أمريكا الجنوبية، 110 من أمريكا، وكان أحد الزوجين مصاب بالنوع الثانى من البول السكرى، وشارك هؤلاء الأزواج فى تصوير شريط فيديو لمدة 10 دقائق للكشف عن طريقة التعامل مع الخلافات والتى تم قياسها، وقد توصلت الدراسة إلى العديد من النتائج منها أن عينة أمريكا الجنوبية كانوا أكثر تعاطفاً، وأقل عدائية مقارنة بعينة أزواج أمريكا، وأن المرضى المصابون بالسكر أكثر هروباً من المهام وتحمل المسئوليات كما أنهم يتركون المشاكل معلقة (أى بدون حلول)

(Fisher, et al, 2004, pp. 403-416)

تعقيب عام على الدراسات السابقة :

يمكن إستخلاص ما يلى :

1 - بالرغم من إنتشار مرض السكر (خاصة النوع الثانى) فإننا نجد قلة الدراسات الميدانية فى ضوء ما أسفرت عنه نتائج الدراسات السابقة خاصة فى البيئة العربية والتى مازالت جد محدودة ولا تكاد تغطر أصابع اليد الواحدة.

2 - أن العديدمن الدراسات السابقة قد تناولت فى معظمها جانباً واحداً من جوانب المتغيرات النفسية (خاصة التركيز على الضغوط ومدى مواجهتها) ولم نجد دراسة سابقة قد تناولت العديد من المتغيرات التى تسعى هذه الدراسة لتناولها مثل : - الإضطرابات السيكوسوماتية، ضغوط الحياة، التقدير الذاتى للشخصية، الصلابة النفسية.

3 – أن الدراسـات السـابقة التـى تناولـت المتغـيرات الديموجرافيـة وعلاقتهـا ببعـض المتغـيرات قـد جـاءت عرضـا ولم نجـد دراسـة واحـدة مقصـودة إلا أن تنـاول تغـير نمـط الغـذاء، وتغير أنمـاط المعيشـة، والإنتقال مـن الريـف إلى الحـضر والتمـدن قـد جـاءت هـذه الدراسـات فى غالبيتهـا وصفيـة مثـل دراسـات (Rogeres, 2001, Molnar, 1992, Arab, 1992, Hwo, 2002) ودراسـة Rama Chandran 1999 ودراسـة Fatani, at al, 1987 وغيرهـا مـن الدراسـات. ولم نجـد دراسـة قـد ربطـت مثـلا بـين المسـتوى التعليمـى ودرجـات كل مـن الإضطرابـات السيكوسـوماتية، وإختبـار ضغـوط الحيـاة، إسـتبيان تقديـر الشـخصية، والصلابـة النفسـية (كـما تهـدف هـذه الدراسـة).

4 –تناقـض نتائـج بعـض الدراسـات فى مجـال المسـتوى المرض حيث ذكـرت بعـض الدراسـات مثـلا أن الغـذاء والإنتقـال إلى الحياة أكـثر رفاهية يقـود إلى مـرض السـكر (خاصـة مـع وجبـات (التيـك أواى) وقلـة الحركـة (دراسـة Holner, 1992, Popkin, 2001)، فى حـين توصلـت دراسـات أخـرى إلى أن مجـرد (تغيـير نمـط التغذيـة والحيـاة) أو حتـى عـدم التوازن فى الغـذاء يقـود إلى زيـادة معدلات السـكر مثل نتائج دراسـتى: - ودراسـة (Chandran, et al, 1999, Rajaram & Vison, 1998)

5 – أن العديــد مــن الدراســات لم تســع إلى إســتخدام أدوات نفســية مقننــة بــل إكتفــت بإســتمارة مقابلــة وســؤال

المرض بالسكر بعض التساؤلات وإستخراج نسبة مئوية (مثال دراسة : Jensen, 1964).

6 – أن بعض الدراسات السابقة قد إستخدمت عينات صغيرة من الإناث والذكور، كما أن بعض الدراسات السابقة قد إقتصر فقط على عينة الذكور دون الإناث مثل دراسات : Lawson, et al, 1983 ودراسة Robinso, et al, 1984 ودراسة Harries, 1984 ودراسة rajaram & Vison, 1998 وغيرها من الدراسات. ولا شك أنه كلما كبر حجم العينة كلما كانت النتائج أكثر دقة.

فروض الدراسة :

تسعى الدراسة الحالية للتحقق من صحة الفروض الآتية :

1 – توجد علاقة إرتباطية بين درجات الإضطرابات النفسجسمية وكل من درجات إختبار ضغوط الحياة، وإستبانة تقدير الشخصية، والصلابة النفسية بين كل من المجموعة التجريبية (المصابة بالسكر)، والمجموعة غير المصابة بالسكر.

2 – توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموعات الدراسة الأربع (عينة تجريبية : ذكور – إناث) والعينة غير التجريبية (ذكور – إناث) وفقا لمتغير النوع وعلى مقاييس الدراسة.

3 – توجد علاقة إيجابية دالة إحصائيا بين المستوى الإجتماعي (متزوج - غير متزوج – مطلق – أرمل) وبين

درجات المتغيرات النفسية الآتية : قائمة كورنل للإضطرابات النفسجسمية، إختبار ضغوط الحياة، إستبيان تقدير الشخصية، إختبار الصلابة النفسية لدى مرضى السكر من النوع الثانى (ذكور – إناث).

4 - توجد علاقة إيجابية دالة إحصائيا بين المستوى التعليمى (بدون تعليم، تعليم أساسى (إبتدائى – إعدادى)، تعليم ثانوى، تعليم فوق المتوسط، تعليم جامعى) وبين درجات المتغيرات النفسية الآتية :

قائمة كورنل للإضطرابات النفسجسمية، إختبار ضغوط الحياة، إستبيان تقدير الشخصية، إختبار الصلابة النفسية لدى مرضى السكر من النوع الثانى (ذكور – إناث).

5 - توجد علاقة إيجابية دالة إحصائيا بين المستوى المهنى (مهن كتابية – مهن إدارية وشبه مهنية – مهن مهنية – بدون عمل) وبين درجات المتغيرات النفسية الآتية : قائمة كورنل للإضطرابات النفسجسمية، إختبار ضغوط الحياة، إستبيان تقدير الشخصية، إختبار الصلابة النفسية لدى مرضى السكر من النوع الثانى (ذكور – إناث).

6 – نتوقع وجود مكونات عاملية قد يكشف عنها التحليل العاملى بين المرضى (ذكور – إناث) على متغيرات الدراسة الأربعة (قائمة كورنل للإضطرابات النفسجسمية - إختبار ضغوط الحياة - إستبيان تقدير الشخصية - إختبار الصلابة النفسية).

الصلابـة النفسـية لـدى مـرضى السـكر مـن النـوع الثـانى (ذكـور – إنـاث).

مفاهيم الدراسة :

يشتمل البحث على المفاهيم الآتية :

1 – **المتغـيرات الديموجرافيـة** : ونقصـد بهـا إجرائيـا مجموعـة المعلومـات الأوليـة التـى تميـز جماعـة أفـراد عينـة الدراسـة مـن حيـث الحالـة الإجتماعيـة (متـزوج ، غـير متـزوج، مطلـق، أرمـل) وكـذا المسـتوى التعليمـى، والمهنـة، وطبيعة الجنـس أو النوع بمرض السـكر لدى مجموعة مـن مـرضى السـكر (ذكـور – إنـاث).

2 – **مـرض السـكر** : ويعـرف إجرائيـا بأنـه حالـة مزمنـة مـن إزديـاد مسـتوى السـكر فى الـدم، وقـد ينتـج ذلـك مـن عوامـل متعـددة (وراثية – بيئيـة – حاصـل تفاعـل العوامـل الوراثية مـع العوامل البيئيـة)، وقد يرجع إزديـاد السـكر فى الـدم إلى وجـود الأنسـولين أو إلى زيـادة العوامـل التـى تضـاد مفعولـه ويقـود هـذا الإختـلال فى التـوازن إلى زيـادة نسـبة السـكر فى الـدم مـما يترتـب عليـه العديـد مـن المضاعفـات التـى تمـس كل أعضاء الجسـم (خاصـة الأعضـاء الحيويـة مثـل القلـب، الـكلى، العـين، الكبـد ... إلخ).

وســوف تقتــصر دراســتنا عــلى مــرضى الســكر مــن النمــط الثــانى، وهــم أغلبيــة ويمثلــون 90% ويحــدث عــادة بعــد ســن الثلاثــين أو الأربعــين، وفى هــذا النــوع نجــد أن البنكريــاس يقــوم بإفــراز أنســولين فى دم المريــض، لذلــك عــرف بإســم الســكر الــلا

معتمـد عـلى الأنسـولين، ولـذا فـإن المريـض فى الغالـب لا يحتـاج إلى الحقـن بالأنسـولين. (محمـد صـلاح الديـن، 1993، 31)

3 – **الإضطرابـات السيكوسـوماتية** : وتحـددت إجرائيـا بأنهـا : زملـة الأعـراض الجسـمية التـى تنشـأ عـن عوامـل نفسـية إنفعاليـة، والتـى قـد تتسـبب فى حالـة زيادة شـدتها إلى المعاناة من مـرض حقيقى يصيب عضوا أو جـزءا مـن أجزاء الجسـم، أو يسـبب خلـلا فى غداء هذا العضـو لوظيفته بحيـث لا يفلـح فى عـلاج هـذه الأعـراض، وشـفائها شـفاء تامـاً، الإعتـماد فقـط عـلى العـلاج الجسـمى الطويل، بدون علاج أسـبابه النفسـية، وتنشـأ هـذه الأعـراض غالبـاً نتيجـة تفاعل عوامل نفسـية وإجتماعية حـادة (مثل تعـرض الفـرد لضغـوط حياتيـة مزمنة، أو لتبنيه أسـلوب حياة غـير تكيفى، أو لإتسـامه بسـمات شـخصية مرضيـة تجعلـه مسـتهدفا للوقـوع فى مثـل هـذه الإضطرابـات) مع عوامـل بيولوجية مرضية (مثل ضعف فسـيولوجى فى أحـد الأعضـاء، أو الإضطراب فى الأجهزة الفسـيولوجية والهرمونية ... إلخ (محمـود أبـو النيـل، 2001). وتتحـدد هـذه الإضطرابات قياسـيا من خلال الدرجـة عـلى كافـة المتغـيرات التـى تعكسـها هـذه القائمـة (18 متغـيراً) إضافـة إلى الدرجـة الكليـة للقائمة.

4 – **الضغـوط النفسـية** : وهـى المعوقـات التـى تعـترض الفـرد، وتولـد لديـه القلـق والتوتـر، ويختلـف إدراك الأفـراد لهـذه المعوقـات، كـما يختلفـون أيضـا فى طـرق مواجهاتهـا، وقليـل مـن الضغـوط مفيـد ومنشـط، أمـا الكثـير منهـا والمسـتمر فقـد تعجـل

بإنهيار الفرد. (محمد حسن غانم، 2005، ص 104)

5 – **الشخصية** : تتعدد التعريفات التى قدمت لمفهوم الشخصية إلا أننا فى هذه الدراسة سنتكأ على (إستبيان تقدير الشخصية) والذى يهدف إلى التقدير الكمى لكيف يرى ويدرك الفرد نفسه من خلال نزعات شخصية هى :

أ – **العدوانية والعداء** : بما فى ذلك العدوان الجسمى واللفظى والعدوان والعدائية وفقا لهذا الإستبيان يعنى عدم القدرة على التغلب على المشاعر العدائية والكراهية تجاه الآخرين.

ب – **الإعتمادية** : ويقصد بها الإعتماد النفسى على شخص أو أشخاص آخرين ليجد لديهم التشجيع أو الطمأنينة أو العطف أو السلوك أو الإرشاد أو القرار لديهم.

جـ - **تقدير الذات** : ويهتم هذا الجانب بتحديد المشاعر والإتجاهات والإدراكات المتعلقة بذات الشخص، والتى تعد إمتداد على متصل طرفيه الإيجابى والسلبى وأن تقويم الذات يقع فى بعدين فرعيين مترابطين هما :

أ – تقدير الذات.

ب – الكفاية الشحصية.

د – **التجاوب الإنفعالى** : ويشير إلى قدرة الفرد على التعبير بصراحة وتلقائية وحرية عن إنفعالاته تجاه الآخرين وبصفة خاصة مشاعر الدفء والمحبة تجاههم.

هـ - **الثبات الإنفعالى** : ويقصد به مدى إستقرار الحالة المزاجية للشخص ومدى قدرته على مواجهة الفشل

والنكسـات والمشـكلات ومصـادر التوتـر الأخـرى بأقـل قـدر ممكـن مـن الإنزعـاج والإحبـاط.

و - **النظـرة للحيـاة** : ويقصـد بهـا تقويـم الفـرد العـام للحيـاة، أمـا عـلى أنـه مـكان طيـب وآمـن غـير مهـدد، أو كمـكان منـذر ملـئ بالخطـر والشـك والتهديـد وعـدم اليقيـو وإرتفـاع الدرجـة عـلى هذا الجانب يشـير إلى نظـرة سـلبية للحيـاة، عكـس الحـال إذا إنخفضـت الدرجـة (رونالد. ب - رونـر، 1988، 2-7).

6 - **الصلابـة النفسـية** : وهـى إعتقـاد عـام لـدى الفـرد فى فاعليتـه وقدرتـه عـلى إسـتخدام كل المصـادر النفسـية والبيئيـة المتاحـة، كى يـدرك ويفـسر ويواجـه بفاعلية أحـداث الحيـاة الضاغطة. (عماد مخيمـر، 1996، 284)

منهج الدراسة وإجراءاتها :

لمـا كان الهـدف مـن الدراسـة الحاليـة هـو الكشـف عـن طبيعـة بعـض المتغـيرات الديموجرافية (الحالـة الإجتماعية - المسـتوى التعليمى - طبيعـة المهنـة - النـوع) وعلاقـة ذلك بـكل من قائمـة كورنـل للإضطرابات النفسجسـمية، إختبـار ضغـوط الحيـاة، إسـتبيان تقديـر الشـخصية (7 جوانـب)، إختبـار الصلابـة النفسـية لـدى عينـة مـن مـرضى السـكر (النوع الثـانى) مـن الذكـور والإنـاث فـإن المنهـج الوصفـى الإرتباطـى يكـون هـو المنهـج المناسـب لتحقيـق أهـداف الدراسـة.

إجراءات الدراسة :

أولاً عينة الدراسة : إشتملت عينة الدراسة على مجموعتين هما : -

أ - **المجموعة التجريبية** : وهى مجموعة مصابة بالسكر وتم إختيارها وفقاً للشروط الثلاثة الآتية :

1 - أن تكون الإصابة بالسكر من النوع الثانى.

2 - أن يعالج الشخص بواسطة الأقراص (وليس بحقن الأنسولين).

3 - أن يكون قد مر على الأقل ثلاث سنوات على تشخيص الحالة.

وتم إختيار عينة مقصودة بواقع (200) مفردة من الذكور، و(200) مفردة من الإناث حيث تراوح العمر ما بين 34 عاماً حتى 69 عاماً بمتوسط عمر قدره 45.03، وإنحراف معيارى قدره 2.32 فى عينة الذكور، فى حين تراوح العمر فى عينة الإناث ما بين 23 عاماً حتى 69 عاماً بمتوسط قدره 49.47 عاماً وإنحراف معيارى قدره 2.64 عاماً.

ب - **المجموعة الضابطة** : وتكونت بدورها من مجموعتين من الذكور والإناث بواقع (200) مفردة فى كل عينة، وتم التأكد من أن هذه العينة غير مصابة بالسكر ولا بأى مرض آخر مزمن من قبيل الضغط، القلب، الروماتيزم ... إلخ. وثم إختيار هذه المجموعة بطريقة مقصودة من نطاق

القاهـرة الكـبرى. وقـد تـراوح العمـر الزمنـى فى مجموعـة الذكـور بين 36 عامـاً حتـى 68 عامـاً بمتوسـط قـدره 52.64 عامـاً، وإنحراف معيـارى 3.86 عامـاً، وفى عينـة الإنـاث تـتراوح العمـر بـين 36 عاماً حتى 66 عاماً بمتوسـط قـدره 25.79 عامـاً وإنحـراف معيـارى قـدره 3.02 عاماً.

جدول (1) يوضح خصائص عينتى الدراسة المصابة بالسكر وغير المصابة

البيان		العينة التجريبية (مرضى السكر ن=٤٠٠)				العينة الضابطة (غير مرضى بالسكر ن=٤٠٠)			
		عينة الذكور ن=٢٠٠		عينة الإناث ن=٢٠٠		عينة الذكور ن=٢٠٠		عينة الإناث ن=٢٠٠	
		ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
السن	٣٣	٥٣	٢٦٫٠	٣٨	١٩٫٠	٦٧	٣٣٫٥	٥٣	٢٦٫٥
	٤٣	٤٣	٢١٫٥	٦٢	٣١٫٠	٥١	٢٥٫٥	٤٤	٢٢٫٠
	٥٣	٣٧	١٨٫٥	٣٦	١٨٫٠	٢٥	١٢٫٥	٦١	٣٠٫٥
	٦٣_٧٢	٦٨	٣٤٫٠	٦٤	٣٢٫٠	٥٧	٢٨٫٥	٤٢	٢١٫٠
	المجموع	٢٠٠	١٠٠	٢٠٠	١٠٠	٢٠٠	١٠٠	٢٠٠	١٠٠
التعليم	بدون تعليم	٣٧	١٨٫٥	٤٦	٢٣٫٠	٣٧	١٢٫٥	٣٤	١٧٫٠
	تعليم أساسى	٢٥	١٢٫٥	٣٣	١٦٫٥	٤٩	٢٤٫٥	٣٣	١٦٫٠
	تعليم ثانوى	٤٣	٢١٫٥	٣٧	١٨٫٥	٢٥	١٢٫٥	٤٩	٢٤٫٥
	تعليم فوق متوسط	٥٤	٢٧٫٠	٣٣	١٦٫٠	٤٣	٢١٫٥	٣٨	١٩٫٠
	تعليم جامعى	٤١	٢٠٫٥	٥٢	٢٦٫٠	٥٦	٢٨٫٠	٤٧	٢٣٫٥
	المجموع	٢٠٠	١٠٠	٢٠٠	١٠٠	٢٠٠	١٠٠	٢٠٠	١٠٠
المهنة	مهن كتابية	٣٧	١٨٫٥	٥٥	٢٧٫٥	٣٣	١٦٫٥	٦٩	٣٤٫٥
	مهن إدارية وشبه مهنية	٥٦	٢٨٫٠	٤٣	٢١٫٥	٤٧	٢٣٫٥	٤٨	٢٤٫٠
	مهن مهنية	٤٧	٢٣٫٥	٢٥	١٢٫٥	٢٨	١٩٫٠	٢٤	١٢٫٠
	بدون عمل	٦٠	٣٠٫٠	٧٧	٢٨٫٥	٨٣	٤١٫٠	٥٩	٢٩٫٥
	المجموع	٢٠٠	١٠٠	٢٠٠	١٠٠	٢٠٠	١٠٠	٢٠٠	١٠٠
الحالة الاجتماعية	متزوج	٧	٢٨٫٠	٤٣	٢١٫٥	٨٥	٤٢٫٥	٧٧	٣٨٫٥
	غير متزوج	٢٥	١٢٫٥	١٥	٧٫٥	٤٣	٢١٫٥	٥	٢٢٫٥
	مطلق	٤٤	٢٢٫٠	٧	٣٣٫٥	٤٩	٢٤٫٥	٤٣	٢١٫٥
	أرمل	٥٥	٢٧٫٥	٧٥	٣٧٫٥	٢٣	١١٫٥	١٥	٧٫٥
	المجموع	٢٠٠	١٠٠	٢٠٠	١٠٠	٢٠٠	١٠٠	٢٠٠	١٠٠
الحى السكنى	أحياء القاهرة	٩٣	٤٦٫٥	٦٥	٣٢٫٥	٧٤	٣٧٫٠	٥٠	٢٥٫٠
	أحياء الجيزة	٧٣	٣٦٫٠	١٠٣	٥١٫٥	٦٣	٣١٫٥	٢٧	١٣٫٥
	القليوبية	٣٥	١٧٫٥	٢٢	١١٫٠	٦٣	٣١٫٥	١٢٣	٦١٫٥
	المجموع	٢٠٠	١٠٠	٢٠٠	١٠٠	٢٠٠	١٠٠	٢٠٠	١٠٠

ويتضح من الجدول رقم (1) والخاص بتوضيح خصائص عينتى الدراسة (المرضية وغير المرضية) حيث تراوح السن ما بين 33 – 72 عاماً حيث بلغ فى العمر من 63 – 72 عاماً 34%، فى حين أن أعلى نسبة لدى الذكور المرضى فى التعليم كانت فوق المتوسط حيث بلغت نسبتها

27%، فى حين أن التعليم الجامعى لدى الإناث المصابات بالسكر قد بلغت 26%، والمهنة بدون عمل لدى الذكور 30% والإناث 38.5% من المصابين والمصابات بالسكر والحالة الإجتماعية مطلق بلغت 22% فى عينة الذكور، 33.5% فى عينة الإناث.

ثانياً : - أدوات الدراسة :

1 – قائمة كورنل للإضطرابات النفسجسمية :

هذه القائمة من إعداد : كيف برودمان Keev Brodman، والبرت أردمان Albert. Erdman، وهارولد ج. ولف Harld. G. wolf وبول.ف. مسكوفتس Poul. F. Miskovitz، وقام محمود أبو النيل بإعدادها إلى العربية.

وتشتمل القائمة على (223) سؤال موزعة على مقاييس فرعية تقيس (18) عاملاً إنفعالياً وسيكوسوماتيا هى : مقياس السمع والأبصار (عدد العبارات 13)، مقياس الجهاز التنفسى (عدد العبارات 17)، مقياس القلب والأوعية الدموية (عدد العبارات 19)، مقياس الجهاز الهضمى (عدد العبارات 20)، مقياس الهيكل العظمى (عدد العبارات 11)، مقياس الجلد (عدد العبارات 7)، مقياس الجهاز العصبى (عدد العبارات 18)، مقياس الجهاز البولى التناسلى (عدد العبارات 13)، مقياس التعب (عدد العبارات 7)، مقياس تكرار المرض (عدد العبارات 9)، عدم الكفاية (عدد العبارات 12)، مقياس الإكتئاب (عدد العبارات 6)، مقياس القلق (عدد العبارات 9)، مقياس الحساسية (عدد العبارات 6)،

مقياس الغضب (عدد العبارات 9)، مقياس التوتر (عدد العبارات 6)، إضافة إلى الدرجة الكلية.

وقد بينت العديد من الدراسات السابقة العربية والأجنبية إتسام هذه البطارية بالكفاءة السيكومترية والتى تناولت درجة الإتساق الداخلى للبطارية حيث بينت وجود إرتباط كبير لبنودها بالدرجة الفرعية والدرجة الكلية للمقياس، وكذلك القدرة التمييزية لبنود البطارية بين المجموعات المتطرفة (أنظر : محمد صديق 1999؛ مجدى زينة 2000؛ محمود أبو النيل 2001؛ آمال عبد الحليم 1999؛ هبة الله أبو النيل ، 2002)، كما توصلت العديد من الدراسات إلى تمتع البطارية بثبات عال إذ بلغ المقياس بطريقة إعادة الإختبار 0.86 وهو معامل مرتفع نسبياً وبطريقة القسمة التصقية 0.85 (أنظر : محمد صديق، 1999؛ مجدى زينة؛ 2000، هبة الله أبو النيل، أيمن عامر 2006).

وفى إطار هذه الدراسة تم تطبيق القائمة على عينة مكونة من (50) مريضاً بالسكر، (30 من الذكور – 20 من الإناث) وعينة مماثلة غير مصابة بالسكر (ن = 50) بواقع (35 من الذكور – 15 من الإناث)، وتراوح العمر الزمنى بين (39-64) عاماً لدى المجموعتين التجريبية (أى المصابة بالسكر) وغير المصابة بالسكر، بمتوسط قدره 50.94 ـــ 3.42 عاماً) حيث تم تطبيق جميع الإختبارات المستخدمة فى هذه الدراسة بطريقة إعادة التطبيق بعد أسبوعين، فوجد أن معامل الثبات بطريقة إعادة الإختبار فى الدراسة

الراهنـة قـد وصـل إلى 91%، وهخـو معامـل مرتفـع ويشـير إلى الإطمئنان إلى الإسـتخدام هـذه الأداة.

2 – مقياس ضغوط الحياة :

هـذا المقيـاس من إعـداد الباحث، وقد سـبق أن صممه وإسـتخدمه فى أطروحتـه للدكتـوراه (1996)، ويقيس المقياس (8) جوانب من الضغوط التـى مـن الممكـن أن يتعـرض لهـا الفـرد وهـى : ضغـوط أسريـة (عـدد العبـارات 15)، ضغـوط دراسـية (عـدد العبـارات 8)، ضغـوط العمل (عدد العبـارات 10)، ضغـوط الـزواج والعلاقـة بالجنـس الآخـر (عـدد العبـارات 15)، ضغـوط ماليـة (عـدد العبـارات 7)، ضغوط الأصدقاء (عـدد العبارات 7)، ضغـوط مخالفـة القانـون (عـدد العبـارات 8)، ضغـوط نفسـية (عـدد العبـارات 17). وتـم حسـاب الثبـات فى الدراسـة الأولى (1996) بطريقـة إعـادة الإختبـار نوجـد أن ر = 0.81، وفى إطـار هـذه الدراسـة وعـلى نفس عينـة التقنـين السـابق الإشـارة إليهـا وجـد أن معامـل الثبات قـد وصل إلى 0.86 وهـو معامـل مرتفـع نسـبياً ويشـير إلى الإطمئنان إلى إسـتخدام هذه الأداة.

3 – إستبيان تقدير الشخصية :

هذا الإسـتبيان من تأليف رونالد. ب. رونر Rohner ترجمة وإعداد ممدوحة سلامة (1988)، وهو أداة لتقدير الذات، أى بهدف الحصول على تقديـر كمـى لكيـف يـرى ويـدرك الفرد نفسـه فيـما يتعلق بسـبية نزعات شخصية (ميل سلوكى) وهى : - العدوانية / العداء، الإعتمادية، تقدير الذات،

الكفاية الشخصية، التجاوب الإنفعالى، الثبات الإنفعالى، النظرة للحياة.

وقد أجريت على هذا الإستبيان العديد من طرق الثبات والصدق سواء فى صورته الإنجليزية أو فى صورته العربية، وسوف نكتفى بإشارة إلى نتائج عينة التقنية العربية :

1 تم تحليل وصدق وثبات الإستبيان على عينة مكونة من 84 طالب وطالبة (41 ذكور، 43 إناث) تراوحت أعمارهم ما بين 18 – 25 عاماً، وإنحراف معيارى 2.29 عاماً.

2 – تم حساب الثبات بإستخدام معامل ألفا لكرونباخ وقد تراوحت ما بين 0.79،0.59، بوسيط قدره 0.68.

3 – تم حساب الصدق بطريقتين هما :

أ – التجانس الداخلى : وقد أشارت إلى معاملات إرتباط مرضية بين درجة كل مفردة، ومجموع درجات مفردات المقياس الفرعى، وكانت معاملات الإرتباط الخاصة بجميع مفردات الإستبيان دالة عند 0.01.

ب – الصدق العاملى : حيث أسفر عن إستخلاص خمسة عوامل بلغ الجدار الكامن لكل منها أكثر من واحد صحيح، وثم تدوير مصفوفة العوامل للكشف عن طبيعة هذه العوامل.

وقد إستحوذت العوامل الخمسة على 73.43% من التباين الإرتباط الكلى (ممدوحة سلامة، 1988)

وفى إطار هذه الدراسة وعلى نفس عينة التقنين السابق الإشارة إليها وجد أن معامل الثبات بطريقة إعادة الإختبار

بفاصل زمنى قدره أسبوعين قد بلغ 0.85، وهو معامل ذو ثبات مرتفع.

4 – إختبار الصلابة النفسية : وهو من إعداد عماد مخيمر، ومكون من (47) عبارة تركز على جوانب الصلابة النفسية للفرد، وتقع الإجابة فى ثلاثة مستويات (دائماً – أحياناً – أبداً)،وتتراوح الدرجة لكل عبارة ما بين ثلاث درجات ودرجة واحدة، وتشير الدرجة المرتفعة إلى زيادة إدراك المستجيب للصلابة النفسية.

والمقياس مكون من ثلاثة أبعاد هى : - الإلتزام (وهذا البعد يتكون من 16 عبارة)، التحكم (ويتكون من 15 عبارة) التحدى (ويتكون من 16 عبارة).

وتم حساب الثبات والصدق للمقياس على عينة من طلاب الجامعة بلغ عددها (280)، حيث بلغ معامل الثبات بطريقة ألفا كرونباخ كالآتى : -

الدرجة الكلية للإستبيان 0.75، الإلتزام 0.69، التحكم 0.76، وهى معاملات ثبات مرتفعة. كما تم حساب الثبات عن طريق الإتساق الداخلى وتراوحت معاملات الإرتباط ما بين 0.74، وعند مستوى 0.01، وهى دالة عند مستوى 0.05، وقد بلغ معامل الإرتباط بين بعد الإلتزام والدرجة الكلية 0.75، وبين بعد التحكم والدرجة الكلية 0.82، وبين بعد التحدى والدرجة الكلية 0.6 حيث تراوحت معاملات الإرتباط بين 0.22 إلى 0.74.

(عماد مخيمر 1996، 275-299)

وفى إطـار هـذه الدراسـة وعـلى نفـس عينة التقنين السـابق الإشـارة إليهـا تـم حسـاب الثبـات بطريقـة الإعـادة فتوصـل إلى معامـلات ثبـات كالآتى : الدرجـة الكليـة 0.79، بعـد الإلتـزام 0.77، بعد التحكـم 0.78، بعد التحـدى 0.74، وهـى معامـلات ثباتـن مرتفعـة ودالـة إحصائيـاً، وكل مـا سـبق يشـير إلى صلاحيـة الإختبـار للإسـتخدام فى هـذه الدراسـة.

ثالثاً : التحليل الإحصائى :

تم إستخدام الأساليب الإحصائية الآتية :

1 - حساب التكرار والمتوسطات والإنحرافات المعيارية.

2 - حساب تحليل التباين بين المجموعات.

3 - حساب ال t. Test لمعرفة دلالة الفروق بين المجموعات.

4 - التحليـل العامـلى للتعـرف عـلى العوامـل الأكثر تشـبعا وشـيوعاً لـدى أفـراد العينـة المريضة بالسـكر.

نتائج الدراسة :

نتائج الفرض الأول :

وينـص عـلى : «توجـد علاقـة إرتباطيـة بـين درجـات الإضطرابـات السيكوسـوماتية وكل مـن درجـات ضغـوط الحيـاة وتقديـر الشـخصية والصلابـة النفسـية بـين المجموعـة التجريبيـة المصابـة بالسـكر (ذكـور - إنـاث)، والمجموعـة الضابطـة غـير المصابـة بالسـكر (ذكـور - إنـاث).

أولاً : المجموعة التجريبية :

جـدول رقـم (2-1) يوضـح العلاقـة بـين متغـيرات الإضطرابـات السيكوسـوماتية وكل مـن متغـيرات : ضغـوط الحيـاة وتقديـر الشـخصية والصلابـة النفسـية لـدى مـرضى السـكر (ن=400).

جـدول رقـم (2ـ أ) يوضـج معاملات الإرتباط بـين متغير الإضطرابات السيكوسـوماتية ومتغـيرات : ضغـوط الحيـاة وإسـتبيان تقديـر الشـخصية والصلابة النفسـية.

جـــدول (٢٠١)

م	الاضطرابات السيكوسوماتية	شدائد الأسرية	شدائد الدراسة	شدائد العمل	من الجنس الآخر	من مالية	من الأصدقاء	من مخالفة القانون	الضغوط النفسية	الدرجة الكلية للضغوط	العدوان	الاعتمادية	التقدير السلبي	عدم الكفاية	عدم التجاوب الانفعالي	عدم الثبات الانفعالي	النظرة للحياة	الالتزام	التحكم	التحدي	الدرجة الكلية للصلابة
١	السمع والأبصار	*٠,١٠	٠,٠٢-	٠,٠٥	٠,٠٤	٠,٠٢	٠,٠١	٠,٠٤	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠٧	٠,٠١	٠,٠٢	٠,٠١	٠,٠٢	٠,٠٦	٠,٠٢	٠,٠١	٠,٠٣-	٠,٠٤	٠,٠١
٢	الجهاز التنفسي	*٠,١٠-	٠,٠٦	٠,٠١	*٠,١٢-	٠,٠٤	٠,٠٢-	٠,٠٩-	**٠,١٣-	**٠,١٣-	٠,٠٧-	*٠,١١-	٠,٠٦-	*٠,١١-	٠,٠٧-	*٠,١٠-	٠,٠٦-	٠,٠٥-	٠,٠٥-	٠,٠٥-	٠,٠٢-
٣	القلب والأوعية الدموية	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠٦	٠,٠١	٠,٠٤	٠,٠٣-	٠,٠٣-	٠,٠٣-	٠,٠١	٠,٠١	٠,٠٦	٠,٠١	٠,٠٢	٠,٠٣-	٠,٠١	٠,٠٢	٠,٠٥	٠,٠٨	٠,٠٨	٠,٠٩
٤	الجهاز الهضمي	٠,٠٥	٠,٠٥	٠,٠٨	*٠,١٢	٠,٠٢	٠,٠١	٠,٠١	٠,٠١	٠,٠٨	٠,٠٥	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠١	٠,٠٤	٠,٠١	٠,٠٥	٠,٠٢	٠,٠١	٠,٠٩	٠,٠٢
٥	الهيكل العظمي	٠,٠٢	٠,٠٤-	٠,٠٢	٠,٠٣-	٠,٠١	*٠,١١-	٠,٠٥-	٠,٠٧-	٠,٠٩-	٠,٠٥	٠,٠٧	٠,٠٥	٠,٠٢	٠,٠٦	٠,٠٩	٠,٠٩	٠,٠٦	٠,٠٧	٠,٠١	٠,٠٦
٦	الجلد	*٠,١٠	*٠,١٢	٠,٠٢	٠,٠٦	*٠,١١	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠٨	٠,٠٧-	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠٥	٠,٠٣-	٠,٠٥-	٠,٠١	٠,٠٧-	٠,٠٠-	٠,٠٦	٠,٠٥-
٧	الجهاز العصبي	٠,٠٧-	٠,٠٨-	٠,٠٢	٠,٠٦	٠,٠٢	٠,٠٤-	**٠,١٣-	*٠,١١-	٠,٠٨-	٠,٠٧-	٠,٠٣-	٠,٠٧	٠,٠٢	٠,٠٧	٠,٠٨	٠,٠٨	٠,٠٦	٠,٠٦	٠,٠٥	٠,٠٧
٨	الجهاز البول والتناسلي	٠,٠٥	٠,٠٣-	**٠,١٧	٠,٠١	٠,٠١	٠,٠١	٠,٠٥	٠,٠٢	٠,٠١	٠,٠٦	٠,٠٢	٠,١١	*٠,١٠	٠,٠١	٠,٠٨	٠,٠٢	٠,٠٨	٠,٠٤	٠,٠٤	٠,٠٠
٩	التعب	٠,٠٦	٠,٠١	٠,٠١	٠,٠١	٠,٠١	٠,٠٢	٠,٠١	٠,٠١	٠,٠١	٠,٠٢	٠,٠٢-	٠,٠٤	٠,٠٠-	٠,٠٥	٠,٠٦	٠,٠٢	٠,٠٠-	٠,٠١	٠,٠٢-	٠,٠١
١٠	تكرار المرض	٠,٠٥	٠,٠٢-	**٠,١٥	٠,٠١	٠,٠٩-	٠,٠٢-	٠,٠٤	٠,٠٤	٠,٠٤	٠,٠٩	*٠,١٠	٠,١٢-	٠,٠٧-	٠,١١	٠,١١	٠,٠٢	٠,٠١	٠,٠٨	٠,٠٧-	٠,٠٧-
١١	أمراض متنوعة	*٠,١٠	٠,٠٤	٠,٠٦	٠,٠٥-	٠,٠٢-	٠,٠٨	٠,٠٢	٠,٠٤	٠,٠٦	**٠,١٥	٠,٠٥	٠,٠٢	٠,٠٧-	٠,٠٤	٠,٠٦	*٠,١٢	٠,٠٤	٠,٠٥	٠,٠١	٠,٠٤
١٢	العادات	٠,٠٦	٠,٠٧	٠,٠٩	٠,١١	٠,٠٩-	*٠,١٠	٠,٠٦	٠,٠٢	٠,٠٤	٠,٠١	٠,٠٥	٠,٠٢	٠,٠٦	٠,٠٨	٠,٠٦	**٠,١٥	٠,٠٢	٠,٠٤	٠,٠٨	٠,٠٦
١٣	عدم الكفاية	٠,٠١	٠,٠٨-	٠,٠٤	٠,٠٥	٠,٠٤	٠,٠٤	٠,٠٧-	٠,٠٢	٠,٠٣-	٠,٠٢	٠,٠١	٠,٠٤	٠,٠٤	٠,٠٥-	٠,٠٤	٠,٠١	٠,٠٧	٠,٠٥	٠,٠٢	٠,٠٦
١٤	الاكتئاب	٠,٠١	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠١	٠,٠١	٠,٠٤	٠,٠٥	٠,٠١	٠,٠١	٠,٠٢	٠,٠٦	٠,٠٢	٠,٠٨	٠,٠٣-	٠,٠٢	٠,٠٩	٠,٠٤	٠,٠٥	٠,٠٦	٠,٠٦
١٥	القلق	٠,٠٤	٠,٠٦	٠,٠١	٠,٠٤	٠,٠٢	٠,٠٦	٠,٠١	٠,٠١	٠,٠١	٠,٠١	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠١	٠,٠٩	٠,٠٦	٠,٠٤	٠,٠٢	٠,٠١	٠,٠٤	٠,٠٢
١٦	الحساسية	٠,٠١	٠,٠٦	*٠,١١	٠,٠٢-	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠١	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠١	٠,٠١	٠,٠٢	٠,٠٩	٠,٠٧	٠,٠٢	٠,٠٨	٠,٠٧
١٧	الغضب	٠,٠٤	٠,٠٢	٠,٠٦	٠,٠٤	٠,٠١	٠,٠٦	٠,٠٦	٠,٠٢	٠,٠٤	٠,٠٤	٠,٠١	٠,٠٤	٠,٠١	٠,٠٨	٠,٠٤	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠١
١٨	التوتر	٠,٠٤	٠,٠٥	**٠,١٧	٠,٠١	٠,٠٧	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠١	٠,٠٥	٠,٠٢	٠,٠٧	٠,٠٥	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠٦	*٠,١٢	٠,٠٩
١٩	الدرجة الكلية للاضطرابات السيكوسوماتية	٠,٠٢-	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠٦	٠,٠١	٠,٠٧	٠,٠٧	٠,٠٢	٠,٠٢	٠,٠٤	٠,٠١	٠,٠٥	٠,٠١	٠,٠٥	٠,٠٧	*٠,١٢	٠,٠٤	٠,٠٥	٠,٠٤	٠,٠٥

ملحوظة (**) معامل الارتباط يكون دال عند ٠,٠١ عندما تكون ٠,١٢

(*) معامل الارتباط يكون دال عند ٠,٠٥ عندما يكون ٠,١٠ وحتى ٠,١٣

ويتضح من جدول (2 ـ أ) والخاص بفئة مرضى السكر الآتى : -

- وجود علاقة إرتباطية موجبة بين السمع والإبصار والتقدير السلبى للشخصية.

- وجود علاقة إرتباطية موجبة بين الجهاز التنفسى والضغوط المالية.

- وجود علاقة إرتباطية موجبة بين القلب والأوعية الدموية وضغوط العمل والإلتزام (أحد مكونات مقياس الصلابة النفسية).

- وجود علاقة إرتباطية موجبة بين الجهاز الهضمى وكل من الضغوط المالية وضغوط مخالفة القانون، والتقدير السبى للشخصية والنظرة السلبية للحياة والإلتزام.

- وجود علاقة إرتباطية موجبة بين الجلد والعدوان.

- وجود علاقة إرتباطية موجبة بين الجهاز العصبى وكل من الضغوط المالية، وضغوط مخالفة القانون، والعدوان والإعتمادية، وعدم التجاوب الإنفعالى، والنظرة السلبية للحياة، والتحدى.

- وجود علاقة إرتباطية موجبة بين الجهاز البولى والتناسلى وكل من ضغوط العمل، الضغوط المالية.

- وجود علاقة إرتباطية موجبة بين أمراض متنوعة وكل من ضغوط العمل، والدرجة الكلية للضغوط، وعدم الثبات الإنفعالى.

- وجود علاقة إرتباطية موجبة بين العادات وعدم الثبات الإنفعالى.

- وجود علاقة إرتباطية موجبة بين عدم الكفاية

والضغوط النفسية، والتحكم.

- وجـود علاقـة إرتباطيـة موجبـة بـين الإكتئـاب وضغـوط الـزواج، والتقديـر السـلبى للـذات، والإلتـزام والتحكـم، والدرجـة الكليـة لمقيـاس الصلابـة النفسـية.

- وجود علاقة إرتباطية موجبة بين القلق وضغوط الزواج.

- وجود علاقة إرتباطية موجبة بين الحساسية وضغوط الزواج.

- وجـود علاقـة إرتباطيـة موجبـة بـين الغضـب وضغـوط الدراسـة، والدرجـة الكليـة للضغـوط والإعتماديـة، وعـدم الثبـات الإنفعـالى.

- وجـود علاقـة إرتباطيـة موجبة بين التوتر وكل مـن ضغوط العمل، ضغـوط الـزواج، الدرجـة الكليـة للضغوط، عـدم الكفاية، التحكـم، الدرجة الكليـة لمقياس الصلابة النفسـية.

- وجـود علاقـة إرتباطيـة موجبـة بـين الدرجـة الكليـة للمقيـاس والتحـدى.

- لا توجـد علاقـة إرتباطيـة موجبـة بـين كل مـن الهيـكل العظمـى، التعـب، تكـرار المـرض وبـين أى متغـير مـن متغـيرات الدراسـة الأخـرى.

ثانياً : المجموعة الضابطة :

جـدول رقـم (2 ـ ب) يوضـح العلاقـة بـين متغـيرات الإضطرابـات السيكوسـوماتية وكل مـن متغـيرات ضغـوط الحيـاة، تقديـر الشـخصية، والصلابـة النفسـية لـدى العينـة غـير المصابـة بالسـكر (ن=400).

جـــدول (٢٠ب)

م	الاضطرابات السيكوسوماتية	شدائد الأسرية	شدائد الدراسة	شدائد العمل	من الجنس الآخر	من مالية	من الأصدقاء	من مخالفة القانون	الضغوط النفسية	الدرجة الكلية للضغوط	العدوان	الاعتمادية	التقدير السلبى	عدم الكفاية	عدم التجاوب الانفعالى	عدم الثبات الانفعالى	النظرة للحياة	الالتزام	التحكم	التحدى	الدرجة الكلية للصلابة
١	السمع والأبصار	-٠,٠٤	-٠,٠١	٠,٠١	-٠,٠٤	٠,٠٩	٠,٠٤	٠,٠١	٠,٠١	٠,٠١	٠,٠٣	٠,٠٣	**٠,١٣	٠,٠٧	٠,٠٧	٠,٠١	٠,٠٣	-٠,٠٦	٠,٠٣	-٠,٠٦	٠,٠٤
٢	الجهاز التنفسى	٠,٠١	٠,٠٥	-٠,٠٧	-٠,١٠	**٠,١٣	٠,٠٥	٠,٠٥	-٠,٠١	٠,٠٣	٠,٠٨	٠,٠٣	٠,٠٤	٠,٠٤	٠,٠٣	-٠,٠٣	٠,٠٥	-٠,٠٣	٠,٠٣	**٠,٠٨	-٠,٠٣
٣	القلب والأوعية الدموية	٠,٠٣	-٠,٠٣	**-٠,١٣	-٠,٠٣	٠,٠٨	-٠,٠٣	٠,٠١	-٠,٠٣	٠,٠٥	٠,٠٤	٠,٠٥	٠,٠٣	٠,٠٣	٠,٠١	٠,٠١	-٠,٠١	*٠,١	-٠,٠٣	-٠,٠٥	-٠,٠٨
٤	الجهاز الهضمى	٠,٠١	٠,٠٤	-٠,٠٧	-٠,٠٣	*٠,١	٠,٠١	*٠,١	-٠,٠٥	-٠,٠١	-٠,٠٣	٠,٠٤	**٠,١٤	٠,٠٧	٠,٠٣	٠,٠٨	*٠,١	*٠,١	٠,٠٤	٠,٠٦	-٠,٠٩
٥	الهيكل العظمى	-٠,٠٣	-٠,٠١	٠,٠١	-٠,٠٨	٠,٠٣	٠,٠١	٠,٠٣	-٠,٠٤	٠,٠١	٠,٠٣	٠,٠٤	٠,٠١	-٠,٠٤	-٠,٠٣	-٠,٠٣	٠,٠٣	٠,٠١	٠,٠١	٠,٠٤	٠,٠٣
٦	الجلد	-٠,٠٣	-٠,٠١	-٠,٠٣	٠,٠٦	٠,٠٣	٠,٠٦	٠,٠٣	٠,٠٦	٠,٠٤	*٠,١	٠,٠٣	٠,٠٣	٠,٠١	٠,٠١	٠,٠١	-٠,٠٣	٠,٠١	٠,٠٧	٠,٠٨	-٠,٠٦
٧	الجهاز العصبى	-٠,٠١	٠,٠٣	-٠,٠١	٠,٠٤	**٠,١٨	٠,٠١	*٠,١٣	٠,٠٦	٠,٠٩	*٠,١٢	**٠,١٣	٠,٠٤	٠,٠٤	*٠,١	-٠,٠٣	*٠,١١	-٠,٠٣	٠,٠٦	*٠,١	-٠,٠٨
٨	الجهاز البـــولى والتناسلى	-٠,٠١	-٠,٠٣	**-٠,١٣	-٠,٠٣	*٠,١	٠,٠٣	-٠,٠٨	٠,٠٣	-٠,٠٤	٠,٠١	-٠,٠١	٠,٠٣	٠,٠٨	٠,٠٤	-٠,٠٣	-٠,٠٦	٠,٠٦	-٠,٠٤	-٠,٠٣	-٠,٠٦
٩	التعب	٠,٠٥	-٠,٠٣	٠,٠٣	-٠,٠٤	٠,٠١	-٠,٠٥	-٠,٠٩	٠,٠٣	-٠,٠٣	-٠,٠٧	-٠,٠٨	-٠,٠٣	-٠,٠٤	-٠,٠٣	-٠,٠٣	-٠,٠٣	٠,٠٥	٠,٠١	٠,٠٣	-٠,٠١
١٠	تكرار المرض	-٠,٠١	٠,٠٥	٠,٠٤	-٠,٠٣	٠,٠٣	٠,٠٣	٠,٠٧	٠,٠٤	٠,٠٣	٠,٠٣	٠,٠١	-٠,٠١	٠,٠٣	٠,٠١	-٠,٠٤	٠,٠٣	٠,٠٣	٠,٠١	٠,٠٣	٠,٠٣
١١	أمراض متنوعة	-٠,٠٤	-٠,٠٧	**-٠,١٥	٠,٠٧	٠,٠٦	-٠,٠٨	-٠,٠٨	٠,٠٣	*٠,١	٠,٠٧	٠,٠٠	-٠,٠٩	-٠,٠٦	-٠,٠٥	*-٠,١٢	-٠,٠٤	٠,٠١	٠,٠٣	-٠,٠٣	-٠,٠١
١٢	العادات	-٠,٠٥	-٠,٠١	٠,٠١	٠,٠١	٠,٠٧	-٠,٠١	٠,٠١	٠,٠٨	٠,٠٣	٠,٠٧	-٠,٠٣	-٠,٠٩	-٠,٠٦	-٠,٠٨	*٠,١	-٠,٠٤	٠,٠١	٠,٠٦	-٠,٠٣	٠,٠٣
١٣	عدم الكفاية	-٠,٠١	٠,٠١	-٠,٠٧	٠,٠٣	-٠,٠٦	٠,٠١	٠,٠٤	*-٠,١	٠,٠٨	٠,٠١	-٠,٠٧	٠,٠٤	-٠,٠٩	٠,٠٤	٠,٠٦	٠,٠٧	٠,٠٦	*-٠,١١	-٠,٠٦	٠,٠١
١٤	الاكتئاب	-٠,٠٣	٠,٠١	٠,٠١	*٠,١١	٠,٠١	٠,٠٣	٠,٠١	٠,٠١	٠,٠٤	٠,٠٣	٠,٠١	*٠,١	-٠,٠٨	٠,٠١	٠,٠٥	-٠,٠٣	*-٠,١٢	*٠,١	٠,٠٩	**-٠,١٤
١٥	القلق	٠,٠٦	٠,٠٢	٠,٠٤	**٠,١٧	٠,٠٤	٠,٠٣	٠,٠٣	-٠,٠٥	٠,٠٨	٠,٠٤	٠,٠٥	-٠,٠٣	-٠,٠٣	٠,٠٣	٠,٠٦	٠,٠١	٠,٠٧	-٠,٠٣	٠,٠١	٠,٠٣
١٦	الحساسية	-٠,٠١	٠,٠٣	٠,٠٣	**٠,١٥	٠,٠٣	٠,٠٣	٠,٠٤	-٠,٠٣	٠,٠٧	-٠,٠٥	٠,٠٥	-٠,٠١	-٠,٠٧	٠,٠٧	٠,٠١	٠,٠٥	٠,٠٣	٠,٠١	٠,٠٥	٠,٠٣
١٧	الغضب	-٠,٠٩	**٠,١٥	٠,٠٧	٠,٠٧	٠,٠١	٠,٠٣	٠,٠٧	٠,٠٠	**٠,١٣	٠,٠٦	**٠,١٦	٠,٠٨	٠,٠٩	٠,٠٥	*٠,١	٠,٠٧	-٠,٠٣	٠,٠٨	٠,٠٨	٠,٠٨
١٨	التوتر	-٠,٠٩	٠,٠٧	**٠,١٤	**٠,١٥	٠,٠٨	٠,٠٥	٠,٠٣	٠,٠٠	**٠,١٦	٠,٠٣	٠,٠٨	٠,٠١	*٠,١١	٠,٠٤	٠,٠٣	٠,٠٣	٠,٠٧	*٠,١	٠,٠٨	*٠,١١
١٩	الدرجة الكلية للاضطرابات	٠,٠١	٠,٠١	٠,٠٧	٠,٠٣	**٠,١٤	٠,٠١	٠,٠٣	٠,٠٠	٠,٠٣	٠,٠٦	٠,٠٥	٠,٠٨	٠,٠٤	٠,٠٦	٠,٠٣	٠,٠٥	٠,٠٧	٠,٠١	*٠,١	٠,٠٨

ملحوظة (**) معامل الارتباط يكون دال عند ٠,٠١ عندما تكون ر = ٠,١٣

(*) معامل الارتباط يكون دال عند ٠,٠٥ عندما يكون ٠,١ وحتى ٠,١٣

ويتضح من الجدول رقم (2 ـ ب) والخاص بتوضيح العلاقة بين المتغيرات السيكوسوماتية وكل من متغيرات الحياة وتقدير الشخصية والصلابة النفسية الآتى : -

- وجود علاقة إرتباطية موجبة بين الجهاز التنفسى وكل من الضغوط الأسرية، ضغوط الزواج، الضغوط النفسية، الدرجة الكلية للضغوط، الإعتمادية، عدم الكفاية، عدم الثبات الإنفعالى.

- وجود علاقة إرتباطية موجبة بين الجهاز الهضمى وضغوط الزواج.

- وجود علاقة إرتباطية موجبة بين الهيكل العظمى وضغوط الأصدقاء.

- وجود علاقة إرتباطية موجبة بين الجلد وضغوط الدراسة، الضغوط المالية.

- وجود علاقة إرتباطية موجبة بين الجهاز العصبى وضغوط مخالفة القانون، والضغوط النفسية.

- وجود علاقة إرتباطية موجبة بين الجهاز البولى والتناسلى وضغوط العمل، وعدم الكفاية.

- وجود علاقة إرتباطية موجبة بين تكرار المرض وضغوط العمل والإعتمادية، وعدم التجاوب الإنفعالى.د

- وجود علاقة إرتباطية موجبة بين أمراض متنوعة والضغوط الأسرية والعدوان والنظرة للحياة.

- وجود علاقة إرتباطية موجبة بين العادات الأصدقاء والنظرة للحياة.

- وجود علاقة إرتباطية موجبة بين الحساسية وضغوط العمل.

- وجـود علاقـة إرتباطيـة موجبـة بـين التوتـر وضغـوط العمـل والتحـدى.

- وجـود علاقـة إرتباطيـة موجبـة بـين الدرجـة الكليـة للمقيـاس والنظـرة للحيـاة.

- وجـود علاقـة إرتباطيـة موجبـة بـين كل مـن : السـمع والإبصـار، القلـب والأوعيـة الدمويـة، التعـب، عـدم الكفايـة، الإكتئـاب، القلـق، الغضـب وبـين أى متغـير مـن متغـيرات الدراسـة الأخـرى.

- وجـود علاقـة إرتباطية موجبـة بين كفاءة أجهزة الجسـم وإمكانية مواجهـة الضغـوط مع زيادة جميـع جوانب إختبار الصلابة النفسـية.

نتائج الفرض الثانى :

وينـص عـلى : توجـد فـروق ذات دلالـة إحصائيـة بـين مجموعـات الدراسـة الأربـع عينـة تجريبيـة : (ذكور-إنـاث)، وفقـا لمتغـير النـوع وعلى مقاييـس الدراسـة.

أ – قائمة كورنل للإضطرابات النفسجسمية :

جـدول (3 ـ أ) يوضـح تحليـل التبايـن بـين المجموعـات (مجموعات تجريبيـة ذكـور مـرضى بالسـكر – إناث مرضى بالسـكر) وذكـور وإناث غير مـرضى بالسـكر على قائمـة كورنـل للإضطرابات النفسجسـمية.

جدول رقم (3 ـ أ)*

يوضح قيم (ف) ودلالتها للفروق بين العينات الأربع فى إتجاهين 2×2 (ذكور/إناث)، (مرضى بالسكر - غير مرضى) من حيث النوع على قائمة كورنل للإضطرابات النفسجسمية.

م	المقاييس الفرعية لقائمة كورنل	قيمة ف	دلالة ف
١	السمع والابصار	١٠٥,٣٠	٠,٠٠٠١
٢	الجهاز التنفسي	١٢٠,٥٠	٠,٠٠٠١
٣	القلب والأوعية الدموية	١٢٩,٦٠	٠,٠٠٠١
٤	الجهاز الهضمي	١١٠,٤٩	٠,٠٠٠١
٥	الهيكل العظمي	٥٠,٥٨	٠,٠٠٠١
٦	الجلد	١٤٦,٣٨	٠,٠٠٠١
٧	الجهاز العصبي	١١٣,١٤	٠,٠٠٠١
٨	الجهاز البولي والتناسلي	١١١,٧٣	٠,٠٠٠١
٩	التعب	٢٣٩,٩٩	٠,٠٠٠١
١٠	تكرار المرض	١٤٤,٧٣	٠,٠٠٠١
١١	أمراض متنوعة	١٤٠,٨٣	٠,٠٠٠١
١٢	العادات	١٠٣,٦٠	٠,٠٠٠١
١٣	عدم الكفاية	٧٧,٦٦	٠,٠٠٠١
١٤	الاكتئاب	١٢٦,٣٨	٠,٠٠٠١
١٥	القلق	٧٨,٠٣	٠,٠٠٠١
١٦	الحساسية	٢٠٢,٦٣	٠,٠٠٠١
١٧	الغضب	٢٠٩,٣٥	٠,٠٠٠١
١٨	التوتر	١٧٤,٠٧	٠,٠٠٠١
١٩	الدرجة الكلية	٧٤٠,٢١	٠,٠٠٠١

(*) الجداول التفصيلية لجداول تحليل التباين متاحة لدي الباحث الأول لمن يريد الاضطلاع عليها.

بالنظـر إلى الجـدول (3 ـ أ) يتضـح أن هنـاك فـروق ذات دلالـة بـين العينـات الأربـع فيـما يتعلـق بالدرجـة الكليـة وكـذا درجـات المقاييـس الفرعيـة المكونـة لقائمة كورنـل للإضطرابات النفسجسـمية وبدرجات ذات دلالـة إحصائيـة تتراوح بـين 0.0001، 0.001 ولدى المجموعـات الأربع فيما يتعلـق بالنـوع ومـن خـلال الكشـف عـن دلالتهـا مـن خـلال إختبـار الـ t. Test وجـدت أنهـا لصالـح عينـة الإنـاث والذكـور المرضى.

* الجـداول التفصيليـة لجـداول تحليـل التباين متاحة لـدى الباحث الأول لمـن يريد الإطـلاع عليها.

ب – إختبار الضغوط :

جدول (3 ـ ب)

يوضح قيم (ف) ودلالتها بين المجموعات الأربع على إختبار الضغوط

م	المقاييس الفرعية لاختبار الضغوط	قيمة ف	دلالة ف
١	الضغوط الأسرية	١١٢,٨٩	٠,٠٠٠١
٢	ضغوط الدراسة	١٤٦,٥٤	٠,٠٠٠١
٣	ضغوط العمل	٦٦,٣٨	٠,٠٠٠١
٤	ضغوط الجنس الآخر	١١٢,٧٨	٠,٠٠٠١
٥	الضغوط المالية	١٦٥,٩٥	٠,٠٠٠١
٦	ضغوط الأصدقاء	٩٧,٨٥	٠,٠٠٠١
٧	ضغوط مخالفة القانون	٥٨,٠٤	٠,٠٠٠١
٨	الضغوط النفسية	٢٠٧,٤٣	٠,٠٠٠١
٩	الدرجة الكلية للضغوط	٥٩٧,٩٩	٠,٠٠٠١

بالنظـر إلى الجـدول رقـم (-3ب) يتضـح أن هنـاك فروقـاً ذات دلالة إحصائيـة بـين المجموعـات الأربـع بالدرجـة الكليـة لإختبار الضغـوط وكذا درجـات المقاييـس الفرعيـة وبدرجـات ذات دلالـة إحصائيـة إنحـصرت جميعهـا فى 0.0001 ومـن خلال الكشـف عنها بواسـطة t. Test. إلى جانب العينـة التجريبية

جـ - إستبانة تقدير الشخصية :

جدول رقم (3 ـ جـ)

يوضح دلالة الفروق بين المجموعات على إستبانة تقدير الشخصية

م	المقاييس الفرعية لاستبانة تقدير الشخصية	قيمة ف	دلالة ف
١	العدوان / العداء	٤٢٠,٨٤	٠,٠٠٠١
٢	الاعتمادية	٦٠٩,٢٦	٠,٠٠٠١
٣	التقدير السلبي للذات	٣٠٩,٠١	٠,٠٠٠١
٤	عدم الكفاية	١٩٣,٠٠	٠,٠٠٠١
٥	عدم التجاوب الانفعالي	٣٢١,٩٠	٠,٠٠٠١
٦	عدم الثبات الانفعالي	٥٩٦,٤٧	٠,٠٠٠١
٧	النظرة للحياة	٤٦٦,٨٤	٠,٠٠٠١

بالنظـر إلى الجـدول رقـم (3 ـ جـ) يتضح أن هنـاك فروقا ذات دلالة إحصائيـة بـين المجموعـات الأربع فيـما يتعلـق بالمقاييس الفرعية السـبعة لإسـتبيان تقديـر الشـخصية وعنـد مسـتوى دلالـة 0.0001 ومـن خـلال الكشـف عنهـا بواسـطة t. Test وجـد أنهـا إلى جانـب العينـة التجريبيـة (ذكـور –إنـاث) أى المـرضى بالسـكر.

د – إختبار الصلابة النفسية :

جدول رقم (3 ـ د)

يوضح دلالة الفروق بين المجموعات الأربع وفقا للنوع على إختبار الصلابة النفسية

م	المقاييس الفرعية لاختبار الصلابة النفسية	قيمة ف	دلالة ف
١	الالتزام	٧٩٠,٦٥	٠,٠٠٠١
٢	التحكم	٨٩٧,٤٠	٠,٠٠٠١
٣	التحدي	٨٢١,٠٧	٠,٠٠٠١
٤	الدرجة الكلية	١٣٦٨,٧	٠,٠٠٠١

بالنظر إلى الجدول رقم (3 ـ د) يتضح أن هناك فروق ذات دلالة بين المجموعات الأربع فيما يتعلق بالدرجة الكلية لإختبار الصلابة النفسية وكذا المقاييس الفرعية وبدرجات ذات دلالة إحصائية إنحصرت عند 0.0001 ومن خلال الكشف عنها بواسطة إختبار الـ t. Test وجد أنها إلى جانب العينة غير المصابة بالسكر.

نتائج الفرض الثالث :

وينص على : «توجد فروق دالة إحصائيا بين المستوى الإجتماعى (متزوج وغير متزوج – مطلق – أرمل) وبين درجات المتغيرات النفسية الآتية : -

أ - قائمة كورنل للإضطرابات النفسجسمية

جدول رقم (4 - أ)

يوضح قيم ف ودلالة الفروق بين المجموعات الأربع وفقا لمتغير المستوى الإجتماعى (متزوج - مطلق - أرمل - غير متزوج) وبين درجات قائمة كورنل للإضطرابات النفسجسمية.

م	المقاييس الفرعية لقائمة كورنل	قيمة ف	دلالة ف
١	السمع والابصار	٠,٩٢	غير دالة
٢	الجهاز التنفسي	٠,٧١	غير دالة
٣	القلب والأوعية الدموية	١,٩٧	غير دالة
٤	الجهاز الهضمي	١,٢٤	غير دالة
٥	الهيكل العظمي	٠,٦٦	غير دالة
٦	الجلد	٠,٦١	غير دالة
٧	الجهاز العصبي	١,١١	غير دالة
٨	الجهاز البولي والتناسلي	١,٠٨	غير دالة
٩	التعب	١,١٠	غير دالة
١٠	تكرار المرض	١,١١	غير دالة
١١	أمراض متنوعة	٢,٩٢	غير دالة عند ٠,٥٠
١٢	العادات	١,٤٨	غير دالة
١٣	عدم الكفاية	٠,٢٣	غير دالة
١٤	الاكتئاب	٠,٦٦	غير دالة
١٥	القلق	١,٥٤	غير دالة
١٦	الحساسية	٥,١٤	غير دالة عند ٠,٥٠
١٧	الغضب	٠,٩٥	غير دالة
١٨	التوتر	٠,٥٨	غير دالة
١٩	الدرجة الكلية	١,٢٢	غير دالة

ويتضح من الجدول رقم (4ـ أ) وجود دلالة إحصائية عند 0.05. فقد عند المقياسيين الفرعيين : أمراض متنوعة، والحساسية، بإستثناء ذلك لا توجد أى دلالة إحصائية وقد تم التوصل إلى ذلك بواسطة معادلة الـ t. Test والدلالة إلة جانب أفراد العينة التجريبية (متزوج – مطلق).

ب – إختبار الضغوط

جدول رقم (4ـ ب)

يوضح قيم ف ودلالة الفروق بين المجموعات الأربع فيما يتعلق بإختبار الضغوط من حيث المستوى الإجتماعى.

م	المقاييس الفرعية لاختبار الضغوط	قيمة ف	دلالة ف
١	الضغوط الأسرية	٠,٥٣	غير دالة
٢	ضغوط الدراسة	٠,٥٣	غير دالة
٣	ضغوط العمل	١,٢٠	غير دالة
٤	ضغوط الجنس الآخر	٠,٢٩	غير دالة
٥	الضغوط المالية	٠,٧٦	غير دالة
٦	ضغوط الأصدقاء	٠,١٩	غير دالة
٧	ضغوط مخالفة القانون	٠,٤٦	غير دالة
٨	الضغوط النفسية	٠,٦٣	غير دالة
٩	الدرجة الكلية للضغوط	٠,٢٦	غير دالة

ويتضح من الجدول رقم (4ـ ب) عدم وجود ذات دلالة إحصائية بين المقاييس الفرعية وكذا الدرجة الكلية لإختبار ضغوط الحياة على متغير المستوى الإجتماعى وتم التوصل إلى ذلك بواسطة t. Test.

جـ - إستبانة تقدير الشخصية

جدول رقم (4ـ جـ)

يوضح دلالة الفروق بين المجموعات الأربع فيما يتعلق بإستبانة تقدير الشخصية على متغير المستوى الإجتماعى

م	المقاييس الفرعية لاستبانة تقدير الشخصية	قيمة ف	دلالة ف
١	العدوان / العداء	٠,٠٨	غير دالة
٢	الاعتمادية	١,١٤	غير دالة
٣	التقدير السلبي للذات	٠,٦٨	غير دالة
٤	عدم الكفاية	٣,٨٢	لها دلالة عند ٠,٠١
٥	عدم التجاوب الانفعالي	٠,١٦	غير دالة
٦	عدم الثبات الانفعالي	٠,٤١	غير دالة
٧	النظرة للحياة	١,٧٤	غير دالة

ويتضح من الجدول رقم (4ـ جـ) عدم وجود دلالة إحصائية فى ست مقاييس فرعية لإستبانة تقدير الشخصية بإستثناء المقياس الفرعى (عدم الكفاية) حيث بلغت الدلالة 0.01 وبواسطة إستخدام معادلة الـ t. Test وأنها إلى جانب العينة التجريبية (متزوجين – مطلقون).

جدول رقم (4ـ د)

يوضح قيم ف ودلالة الفروق بين المجموعات الأربع فيما يتعلق بإختبار الصلابة النفسية على متغير المستوى الإجتماعى

م	المقاييس الفرعية لاختبار الصلابة النفسية	قيمة ف	دلالة ف
١	الالتزام	٠,٨٨	غير دالة
٢	التحكم	٠,٣١	غير دالة
٣	التحدي	٠,٦٩	غير دالة
٤	الدرجة الكلية	٣,٩٥	دالة عند ٠,٠١

ويتضح من الجدول رقم (4ـ د) عدم وجود فروق ذات دلالة فيما يتعلق بإختبار الصلابة النفسية خاصة المقاييس الفرعية سواء من حيث الدرجة الكلية وجد فروق ذات دلالة إحصائية عند 0.01، وبالكشف بإستخدام الـ t. Test وجد أنها لصالح العينة غير التجريبية (متزوجون – مطلقون – أرامل).

نتائج الفرض الرابع :

وينص على : «توجد فروق دالة إحصائياً بين المستوى التعليمى (بدون تعليم – تعليم أساسى (إبتدائى – إعدادى)، تعليم ثانوى، تعليم فوق المتوسط، تعليم جامعى) وبين درجات المقاييس المستخدمة فى الدراسة».

أ – قائمة كورنل للإضطرابات النفسجسمية

جدول رقم (5 ـ أ)

يوضح دلالة الفروق بين المجموعات الأربع فيما يتعلق بإختبار الصلابة قائمة كورنل للإضطرابات النفسجسمية على متغير المستوى التعليمى

م	المقاييس الفرعية لقائمة كورنل	قيمة ف	دلالة ف
١	السمع والابصار	٠,٩٦	غير دالة
٢	الجهاز التنفسي	١,٩٤	غير دالة
٣	القلب والأوعية الدموية	٠,٩٧	غير دالة
٤	الجهاز الهضمي	٠,٢٥	غير دالة
٥	الهيكل العظمي	٢,٣٠	غير دالة
٦	الجلد	٠,٧٦	غير دالة
٧	الجهاز العصبي	٠,٨٠	غير دالة
٨	الجهاز البولي والتناسلي	١,٣٠	غير دالة
٩	التعب	٣,٠٣	دالة عند ٠,٠١
١٠	تكرار المرض	٠,٦٤	غير دالة
١١	أمراض متنوعة	٠,٨٥	غير دالة
١٢	العادات	٠,٤٥	غير دالة
١٣	عدم الكفاية	٣,٧١	دالة عند ٠,٠١
١٤	الاكتئاب	١,٨٢	غير دالة
١٥	القلق	٠,٢٥	غير دالة
١٦	الحساسية	٠,٥٤	غير دالة
١٧	الغضب	٠,٥٩	غير دالة
١٨	التوتر	١,٠١	غير دالة
١٩	الدرجة الكلية	٢,١٥	غير دالة

ويتضح من الجدول (5 ـ أ) وجود فروق ذات دلالة إحصائية على مقياسيين فرعيين فقط هما : التعب، وعدم الكفاية بإستثناء ذلك لا توجد أى فروق ذات دلالة إحصائية فى المقاييس الفرعية الأخرى وبواسطة إستخدام معادلة الـ t. Test والدلالة إلى جانب فئة التعليم الجامعى فى العينة التجريبية.

ب - إختبار الضغوط

جدول رقم (5ـ ب)

يوضح قيم ف ودلالة الفروق بين المجموعات الأربع فيما يتعلق بإختبار الضغوط على متغير المستوى التعليمى

م	المقاييس الفرعية لاختبار الضغوط	قيمة ف	دلالة ف
١	الضغوط الأسرية	١,٢٢	غير دالة
٢	ضغوط الدراسة	٠,٦٢	غير دالة
٣	ضغوط العمل	٤,٩٦	دالة عند ٠,٠٠١
٤	ضغوط الجنس الآخر	٠,٦٨	غير دالة
٥	الضغوط المالية	٠,٣٢	غير دالة
٦	ضغوط الأصدقاء	١,٢٩	غير دالة
٧	ضغوط مخالفة القانون	٠,٨٤	غير دالة
٨	الضغوط النفسية	٠,٩٦	غير دالة
٩	الدرجة الكلية للضغوط	٢,٧٩	دالة عند ٠,٠٥

ويتضح من الجدول رقم (5ـ ب) وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند ضغوط العمل والدرجة الكلية للمقياس بإستثناء ذلك لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية فى العينة التجريبية وبواسطة إستخدام معادلة الـ t. Test. وجد أن الدلالة إلى جانب فئة التعليم الجامعى.

جـ - إستبانة تقدير الشخصية

جدول رقم (5ـ جـ)

يوضح قيم ف ودلالة الفروق بين المجموعات فيما يتعلق بدرجات إستبانة

تقدير الشخصية فيما يتعلق بالمستوى التعليمى

م	المقاييس الفرعية لاستبانة تقدير الشخصية	قيمة ف	دلالة ف
١	العدوان / العداء	٠,٤٨	غير دالة
٢	الاعتمادية	٠,٢٥	غير دالة
٣	التقدير السلبي للذات	٠,٤	غير دالة
٤	عدم الكفاية	٠,١١	غير دالة
٥	عدم التجاوب الانفعالي	١,٢٥	غير دالة
٦	عدم الثبات الانفعالي	٠,٩٠	غير دالة
٧	النظرة للحياة	٣,٢٦	دالة عند ٠,٠١

ويتضـح مـن الجـدول رقم (5ـ جــ) وجود دلالـة إحصائية فقط فيما يتعلـق بالنظـرة السـلبية للحياة، بإسـتثاء ذلـك لا توجد أى دلالـة إحصائية فى المقاييـس الفرعيـة الأخـرى لإختبار الضغوط للمقياس وبواسـطة معادلة الــ t. Test والدلالـة إلى جانـب فئة التعليم الجامعـى فى العينة التجريبية.

د – إختبار الصلابة النفسية

جدول رقم (5ـ د)

يوضح قيم ف ودلالة الفروق بين المجموعات فيما يتعلق بدرجات إختبار الصلابة النفسية فيما يتعلق بالمستوى الإجتماعى

م	المقاييس الفرعية لاختبار الصلابة النفسية	قيمة ف	دلالة ف
١	الالتزام	٢,٨٥	دالة عند ٠,٠٥
٢	التحكم	٠,٦٥	غير دالة
٣	التحدي	٠,٣٩	غير دالة
٤	الدرجة الكلية	١,١٤	غير دالة

ويتضح من الجدول رقم (5ـ د) وجود فروق ذات دلالة فيما يتعلق ببعد الإلتزام وبإستثناء ذلك لا توجد أى دلالة إحصائية وبواسطة إستخدام معادلة الـ t. Test والدلالة إلة جانب فئة التعليم الأساسى فى العينة الضابطة.

نتائج الفرض الخامس :

وينص على : «توجد فروق دالة إحصائياً بين المستوى المهنى (مهن كتابية – مهن إدارية وشبه مهنية – مهن مهنية – بدون عمل) وبين درجات المتغيرات النفسية الآتية :

أ – قائمة كورنل للإضطرابات النفسجسمية

جدول رقم (6ـ أ)

يوضح قيم ف ودلالة الفروق بين المجموعات الأربع فى قائمة كورنل للإضطرابات النفسجسمية فيما يتعلق بالمستوى المهنى

م	المقاييس الفرعية لقائمة كورنل	قيمة ف	دلالة ف
١	السمع والابصار	٠,٧٧	غير دالة
٢	الجهاز التنفسي	٠,٦٩	غير دالة
٣	القلب والأوعية الدموية	٢,٤٨	غير دالة
٤	الجهاز الهضمي	٤,٢٢	دالة عند ٠,٠١
٥	الهيكل العظمي	٠,٦٨	غير دالة
٦	الجلد	٢,٢٩	غير دالة
٧	الجهاز العصبي	١,٧٥	غير دالة
٨	الجهاز البولي والتناسلي	١,٥١	غير دالة
٩	التعب	٠,١٢	غير دالة
١٠	تكرار المرض	٢,١٣	غير دالة
١١	أمراض متنوعة	١,٦٩	غير دالة
١٢	العادات	١,٠٩	غير دالة
١٣	عدم الكفاية	٠,٧٤	غير دالة
١٤	الاكتئاب	٠,٦٦	غير دالة
١٥	القلق	١,٠٤	غير دالة
١٦	الحساسية	٠,٢٤	غير دالة
١٧	الغضب	٠,٨٨	غير دالة
١٨	التوتر	٠,٦٤	غير دالة
١٩	الدرجة الكلية	٠,٦٠	غير دالة

ويتضح من الجدول رقم (6ـ أ) وجود فروق ذات دلالة فيما يتعلق بالجهاز العصبى، بإستثناء ذلك لا توجد أى فروق فردية لا فى المقاييس الفرعية الأخرى ولا فى الدرجة الكلية. وبواسطة إستخدام معادلة الـ t. Test. حيث وجدت الدلالة إلى جانب العينة التجريبية (الذكور – الإناث) المصابين بمرض السكر اللذين يعملون فى مهن إدارية وفئة بدون عمل.

ب – إختبار الضغوط

جدول رقم (6ـ ب)

يوضح قيم ف ودلالة الفروق بين المجموعات على إختبار الضغوط فيما يتعلق بالمستوى المهنى

م	المقاييس الفرعية لاختبار الضغوط	قيمة ف	دلالة ف
١	الضغوط الأسرية	١,٧٩	غير دالة
٢	ضغوط الدراسة	١,٦٤	غير دالة
٣	ضغوط العمل	٠,٧٧	غير دالة
٤	ضغوط الجنس الآخر	١,٤٣	غير دالة
٥	الضغوط المالية	١,٤٥	غير دالة
٦	ضغوط الأصدقاء	٠,٣٩	غير دالة
٧	ضغوط مخالفة القانون	٤,٨٥	دالة عند ٠,٠٠١
٨	الضغوط النفسية	٠,٣٨	غير دالة
٩	الدرجة الكلية للضغوط	٤,٨٦	دالة عند ٠,٠٠١

ويتضح من الجدول رقم (6ـ ب) وجود فروق ذات دلالة إحصائية فى متغيرى : ضغوط مخالفة القانون، والدرجة الكلية للضغوط وعند دلالة إحصائية 0.001، فيما عدا ذلك

لا توجد أى فروق ذات دلالة إحصائية فيما يتعلق بالمقاييس الفرعية الأخرى للإختبار، وبواسطة إستخدام معادلة الـ t. Test حيث كانت النتائج إلى جانب العينة التجريبية (ذكور - إناث) والمصابين بمرض بالسكر اللذين يعملون فى مهن إدارية وفئة بدون عمل.

جـ - إستبانة تقدير الشخصية

جدول رقم (6ـ جـ)

يوضح قيم ف ودلالة الفروق بين المجموعات على إستبانة تقدير الشخصية فيما يتعلق بالمستوى المهنى

م	المقاييس الفرعية لاستبانة تقدير الشخصية	قيمة ف	دلالة ف
١	العدوان / العداء	٠,٤٣	غير دالة
٢	الاعتمادية	٣,٠٩	دالة عند ٠,٠٥
٣	التقدير السلبي للذات	٠,٤٦	غير دالة
٤	عدم الكفاية	٠,١٣	غير دالة
٥	عدم التجاوب الانفعالي	٠,٠٤٠	غير دالة
٦	عدم الثبات الانفعالي	١,٤٢	غير دالة
٧	النظرة للحياة	٥,٢٥	دالة عند ٠,٠٠١

ويتضح من الجدول رقم (6ـ جـ) وجود فروق ذات دلالة إحصائية فى مقياس الإعتمادية، والنظرة السلبية للحياة، فيما عدا ذلك لا توجد أى فروق ذات دلالة إحصائية فى المقاييس الأخرى وبواسطة إستخدام معادلة الـ t. Test والدلالة إلى جانب العينة التجريبية (مرضى السكر) واللذين يعملون فى مهن إدارية وفئة بدون.

د – إختبار الصلابة النفسية

جدول رقم (6ـ د)

يوضح قيم ف ودلالة الفروق بين المجموعات على إختبار الضغوط فيما يتعلق بالمستوى المهنى

م	المقاييس الفرعية لاختبار الصلابة النفسية	قيمة ف	دلالة ف
١	الالتزام	١,٣٠	غير دالة
٢	التحكم	٠,٢٠	غير دالة
٣	التحدي	٣,٤٨	دالة عند ٠,٠٥
٤	الدرجة الكلية	٠,٨١	غير دالة

ويتضح من الجدول رقم (6ـ د) وجود فروق ذات دلالة فيما يتعلق بالمقاييس الفرعية لإختبار الصلابة النفسية وكذا الدرجة الكلية بإستثناء مقياسى التحدى والإلتزام ومن خلال الـ t. Test. وجد أنه دال إحصائياً عند مستوى 0.01 إلى جانب العينة غير المصابة بالسكر ولدى فئة عمل مهنية.

نتائج الفرض السادس :

نتوقع وجود مكونات عاملية قد يكشف عنها التحليل العاملى بين المرضى (ذكو – إناث) على متغيرات الدراسة الأربعة (قائمة كورنل للإضطرابات النفسجسمية – إختبار الضغوط – إستبانة تقدير الشخصية – إختبار الصلابة النفسية).

التحليل العاملى : بين المرضى (ذكور – إناث)*

جـدول رقـم (7) يوضـح العوامل المسـتخلصة مـن التحليـل العاملى بعـد التدويـر المتعامـد حيـث تـم إسـتخراج (10 عوامـل) إسـتوعبت (56.888%) مـن التبايـن الـكلى وقـد إرتـضى الباحثـان إختيـار التشـبعات الدالـة لـكل عامـل عنـد 0.3 فأكـثر طبقـا لمحـك كيـزر Kisar وما هـو أقل مـن 0.3 تـم إسـتبعاده.

العامـل الأول : القلـق مـن تكرار المرض وعدم كفاءة أجهزة الجسـم، وقـد ضـم هـذا العامـل (12) متغيراً ومقياسـاً فرعيـاً إسـتوعب (9.463%) من التبايـن الكلى.

رقم المقياس الفرعي	اسم المتغير أو المقياس الفرعي	التشبع
٣٥	الجهاز العضبي	٠,٦٦٣
٢٢	الجهاز الهضمي	٠,٦٢٦
٢١	القلب والأوعية الدموية	٠,٥٥٦
٣٠	العادات	٠,٥١٣
٢٠	الجهاز التنفسي	٠,٥١١
٢٩	أمراض متنوعة	٠,٤٧٧
٢٦	الجهاز البولي والتناسلي	٠,٤٦٠
٢٨	تكرار المرض	٠,٤٥٤
١٩	السمع والابصار	٠,٤٢٣
٣٣	القلق	٠,٠٧
٣١	عدم الكفاية	٠,٣٢٥
٢٣	الهيكل العظمي	٠,٣١٧

(*) إكتفينا فقط بإيراد التحليل العاملى لعينة المرضى من الذكور والإناث فى هذه الدراسة.

العامـل الثـانى : عامـل قطبى : الغضـب والإكتئـاب والضغوط مقابل الإعتماديـة، وقـد ضـم هـذا العامـل (9) متغـيرات أو مقاييـس فرعيـة إسـتوعبت (6.363%) مـن التبايـن الـكلى.

رقم المقياس الفرعي	اسم المتغير أو المقياس الفرعي	التشبع
١٤	الضغوط المالية	٠,٤٧٤
١٣	ضغوط الأصدقاء	٠,٤٦٦
١١	الضغوط النفسية	٠,٤٥٨
٣٦	التوتر	٠,٤٣٣
٣٥	الغضب	٠,٤٢٩
١٢	ضغوط مخالفة القانون	٠,٤١٩
١٧	الضغوط الدراسية	٠,٣٤٨
٩	الاعتمادية	٠,٣٣٠
٣٢	الاكتئاب	٠,٣٠١

العامـل الثالـث : الإلتـزام والتحكـم والتحـدى لمواجهـة عـدم الثبات والتجـاوب الإنفعـالى، وقـد ضـم هـذا العامـل (7) متغـيرات أو مقاييـس فرعيـة إسـتوعبت (6.192%) مـن التبايـن الـكلى.

رقم المقياس الفرعي	اسم المتغير أو المقياس الفرعي	التشبع
٣	الالتزام	٠,٦٢١
٤	النظرة السلبية للحياة	٠,٥٩٦
٥	عدم الثبات الانفعالي	٠,٥٣٤
٧	عدم الكفاية	٠,٤٧٩
٦	عدم التجاوب الانفعالي	٠,٣٨٨
٢	التحكم	٠,٣٤٤

العامـل الرابـع : التقدير السـلبى للـذات مع العدوانيـة والإعتمادية، وقـد ضـم هـذا العامـل (4) متغـيرات أو مقاييـس فرعيـة إسـتوعبت (4.965%) مـن التبايـن الـكلى.

رقم المقياس الفرعي	اسم المتغير أو المقياس الفرعي	التشبع
١٤	الضغوط المالية	٠,٣٦٧
٥	التقدير السلبي للذات	٠,٦٧٩
٩	الاعتمادية	٠,٦٤١
١٠	العدوان والعداء	٠,٥٦٢

العامـل الخامـس : عامل قطبـى : الغضب والإكتئـاب مقابل ضغوط الجنـس الآخـر، وضغـوط العمـل وقـد ضـم هـذا العامـل (5) متغـيرات أو مقاييـس فرعيـة إسـتوعبت (4.228%) مـن التبايـن الكلى.

رقم المقياس الفرعي	اسم المتغير أو المقياس الفرعي	التشبع
١٥	ضغوط الجنس الآخر	٠,٣٤٨
١٦	ضغوط العمل	٠,٣٢٧
٢٠	الجهاز التنفسي	٠,٣١٩
٣٢	الاكتئاب	٠,٣٢١
٣٥	الغضب	٠,٣١٠

العامـل السـادس : عامـل قطبى : تكـرار المرض مقابـل التحكم، وقد ضـم هـذا العامـل (5) متغـيرات أو مقاييـس فرعية إسـتوعبت (3.871%) من التبايـن الكلى.

رقم المقياس الفرعي	اسم المتغير أو المقياس الفرعي	التشبع
٣٠	العادات	٠,٤٤٥
٢٩	السمع والابصار	٠,٤٣٥
٦	عدم الكفاية	٠,٣٩٧
١٨	تكرار المرض	٠,٣٤١
٢١	القلب والأوعية الدموية	٠,٣٠٥

العامـل السـابع : عامـل قطبـى تكـرار المـرض مقابـل التحكـم، وقـد ضـم هـذا العامـل (5) متغـيرات أو مقاييـس فرعية إسـتوعبت (3.615%) مـن التبايـن الكلى.

رقم المقياس الفرعي	اسم المتغير أو المقياس الفرعي	التشبع
٢	التحكم	٠,٤٠٥
١٩	السمع والابصار	٠,٣٦٢
٣١	عدم الكفاية	٠,٣٥٨
٢٨	تكرار المرض	٠,٣٠٢
٢٤	الجلد	٠,٣٣٢

العامل الثامن : الحساسية للضغوط الأسرية، وقد ضم هذا العامل (3) متغيرات أو مقاييس فرعية إستوعبت (3.332%) من التباين الكلى.

رقم المقياس الفرعي	اسم المتغير أو المقياس الفرعي	التشبع
٢٤	الجلد	٠,٥٩٣
٣٤	الحساسية	٠,٣٥٥
١٨	ضغوط أسرية	٠,٣٤٣

العامل التاسع : عامل قطبى : التعب مقابل الضغوط النفسية، وقد ضم هذا العامل (3) متغيرات أو مقاييس فرعية إستوعبت (3.332%) من التباين الكلى.

رقم المقياس الفرعي	اسم المتغير أو المقياس الفرعي	التشبع
١١	الضغوط النفسية	٠,٣٤٧
٢٧	التعب	٠,٥١٣
٢٣	الهيكل العظمي	٠,٣٤٢

العامل العاشر : عامل قطبى الغضب مقابل الحساسية والتعب وقد ضم هذا العامل (3) متغيرات أو مقاييئ فرعية إستوعبت (3.009%) من التباين الكلى.

رقم المقياس الفرعي	اسم المتغير أو المقياس الفرعي	التشبع
٣٥	الغضب	٠,٤١١
٣٤	الحساسية	٠,٣٢٣
٢٧	التعب	٠,٣٣٩

* مناقشة وتفسير النتائج :

أولاً : مناقشة نتائج الفرض الأول :

- تفسير نتائج العينة المرضية (المصابة بالسكر) :

أوضحت النتائج (من خلال جدول رقم 2 ـ أ) وجود علاقة إرتباط إيجابية بين عدم كفاءة العديد من أجهزة الجسم وبين شدة التعرض للضغوط، وما يترتب على ذلك من وجود العديد من المشاعر السلبية من قبيل : عدم الثبات الإنفعالى، العدوانية، الإعتمادية، الإحساس بعدم الكفاءة، وأخيراً النظرة السلبية للحياة فى حين وجدنا علاقة إيجابية بين التوتر (فى قائمة كورنل) وبين مقياس التحدى (فقط) فى إختبار الصلابة النفسية أى أن مرضى السكر يرتبط لدهم أبعاد المقاييس الفرعية التى تقيس الجوانب السلبية فى حين لم نجد علاقات بين هذه السمات والخصائص وبين إختبار الصلابة النفسية. وهذا يؤدى إلى إبراز العديد من الحقائق :

1 – وجود علاقة إرتباط إيجابى دال بين عدم كفاءة أجهزة الجسم المختلفة (من قائمة كورنل) وبين الضغوط والجوانب السلبية الناتجة عن تقدير الشخص لذاته.

2 - وجود علاقة إرتباط إيجابى دال بين إضطراب النواحى المزاجية (فى قائمة كورنل) وبين الضغوط والجوانب السلبية الناتجة عن تقدير الشخص لذاته.

3 – عدم وجود علاقة إرتباطية إيجابية بين قائمة كورنل والضغوط والتقدير السلبية للشخصية وبين إختبار الصلابة

النفسـية (بإسـتثناء إرتبـاط إيجابى واحد فقط بين التوتـر (فى قائمة كورنل) والتحدى فى إختبار الصلابة النفسـية.

ولـذا فـإن مثـل هـذه النتائـج تدعـم ما تـم التوصـل إليه مـن خلال نتائـج العديـد مـن الدراسـات السـابقة والتـى وجـدت عـلى سـبيل المثـال علاقـة إيجابيـة بـين ضغـوط أحـداث الحيـاة وبـين الإصابـة بالإضطرابـات السيكوسـوماتية، وأن الأحـداث الشـاقة تمثـل مـؤشراً شـديد الإرتبـاط بالتعـرض للإصابـة بالإضطرابـات النفسجسـمية حيـث تكـررت هـذه النتيجـة فى عديـد مـن الدراسـات سـواء التـى أجريـت عـلى أفـراد عاديـين أو عـلى مـرضى حقيقيـين أنظـر فى هـذا الصـدد : (هبـة أبـو النيـل، أيمـن عامـر، 2006، إينـاس عبـد الفتـاح، محمـد نجيـب 2002، محمـد صديـق 1998، مجـدى زينـة 2002، 2001, Gavin et.al) Molner,1992 Pokin). وغيرهـا مـن الدراسـات ذلـك أن تراكـم الضغـوط وعـدم القـدرة عـلى المواجهـة الصحيـة لهـا يـؤدى إلى (تلـف العديـد مـن أجهزة الجسـم، ويعطـى إنطباعـا سـلبيا للفـرد إتجـاه ذاتـه (أنظـر دراسـة Daviso & Neale, 2001) كـما أن العديـد مـن الدراسـات قـد اشـارت إلى أن مـرضى السـكر يفتقـدون إلى الصلابـة النفسـية، وأن الصلابـة النفسـية (مـن قبيـل الإلتـزام والتحكـم والتحـدى مـن نشـأتها أن تسـاعد الفـرد عـلى مقاومـة التعـرض للإصابـة بالأمـراض النفسجسـمية، وأن سـمات مـرضى السـكر قـد أثبتـت تميزهـم بالعديـد مـن السـمات مـن قبيـل : الإعتماديـة،

عدم الإستقلال، الإفتقاد إلى إستراتيجية واضحة تستخدم فى الحياة. (أنظر فى هذا الصدد دراسات Santrock, 2000, Kobasa, 1979, 1982 وغيرها من الدراسات التى تم عرضها سابقا).

ب – تفسير نتائج العينة غير المصابة بالسكر :

بالنظر إلى الجدول رقم (2ـ ب) أوضحت العديد من النتائج الآتية : -

1 – وجودج علاقة إرتباطية موجبة بين بعض المقاييس الفرعية لقائمة كورنل وبين الضغوط والتقدير السلبى للشخصية.

2 – وجود علاقة سلبية بين قائمة كورنل وبين إختبار الصلابة النفسية بمعنى أنه كلما زادت معدلات الصلابة النفسية (من قبيل الإلتزام والتحكم والتحدى) كلما قل تعرض الفرد لتلف العديد من أجهزة الجسم وقلة إدراكه بتعرضه للضغوط.

3 – وجود علاقة إيجابية بين قائمة كورنل وبين إستبيان مقياس تقدير الشخصية من قبيل : العدوان، الإعتمادية، عدم الثبات الإنفعالى، ووجود نظرة سالبة للحياة.

ويعكس ما سبق نتائج العديد من الدراسات السابقة التى أوضحت حقيقة أن السواء خرافة لا وجود له على أرض الواقع، وأن الأفراد (حتى وإن كانوا غير مرضى) فإن تفاعل الضغوط مع قائمة كورنل يؤدى إلى (تلف عضوى)

مـن أجهـزة الجسـم، وأن هـذا التراكـم بـدوره قد يخلـق حالة مـن المعاناة النفسـية مـن قبيـل القلـق والتوتر وعدم الكفايـة والنظرة السـلبية للحياة، وعـدم الثبـات الإنفعـالى، إلا أن التمسـك بالصلابـة النفسـية تظـل) الحـد الفاصـل، بـين النتائـج التى تم إسـتخلاصها مـن عينة مرضى السـكر والعينة غـير المصابـة بالسـكر : أنظـر فى هـذا الصدد من الدراسـات السـابقة (هبة أبـو النيـل، أيمـن عامـر 2006، إينـاس عبـد الفتـاح، محمـد نجيـب 2002، مجـدة زينـة 1994، 2002؛ محمـد صديـق، 1998؛ عـماد مخيمـر، 1996، 1997؛ وكوبـازا 1982 ،1979 ،Kobasa، وغيرهـا مـن الدراسـات.

مناقشة نتائج الفرض الثانى :

ومناقشـة هـذا الغـرض علاقـة النـوع (ذكـور – إنـاث) بمقاييـس الدراسـة (أنظـر الجـدول 3ـ أ، ب، جــ د) نجـد الآتى:

1 – وجـود علاقـة ذات دلالـة إحصائيـة (ثم الكشـف عنها من خلال قيمـة ف، ثـم الــ t. Test) بـين قائمـة كورنـل للإضطرابـات النفسجسـمية وجـدت الدلالـة إلى جانـب العينـة التجريبيـة أى المريضـة بالسـكر أو عند نسـب إحصائية دالة تراوحت بين 0.001، 0.0001، فى القائمة بشـقيها سواء الأعـراض البدنيـة (وتشـمل 13 عـرض تتناول الأمـراض التى تصيـب أجهزة الجسم المختلفة مثل : السمع والإبصار، والجهاز التنفسى، القلب، والأوعية الدمويـة، والجهـاز العصبـى، والهيـكل العظمـى، والجلـد، والجهـاز البـولى

والتناسلى، والأمراض المختلفة.

أو سـواء تلـك المتعلقـة بالأعـراض المزاجيـة مـن قبيل عـدم الكفاية، الإكتئـاب، القلـق، الحساسـية، الغضـب، التوتر.

وهـذا يؤكـد مـا سـبق أن أشرنا إليه من وجود سـمات شـخصية تميز مرضى السـكر ومن حيث أنهم يتميزون بالعديد من السـمات الشـخهصية مـن قبيـل : القلـق والغضـب والـصراع، والعداء، وعـدم التـأنى، والعجز عن إتخـاذ القـرار، وعـدم الرغبـة فى تحمـل المسـئولية وغيرهـا مـن الصفـات التـى تجعـل هـؤلاء الأفـراد بنفس هـذه السـمات (مسـتهدفين) للوقوع فى إضطـراب أو أكـثر مـن الإضطرابـات السيكوسـوماتية وهو مـا يتحقق فعلا لـدى مـرضى السـكر سـواء مـن الذكـور أو النفسجسـمية. (أنظـر فى هـذا الصـدد : محمـود أبـو النيـل، 1994؛ جبالى نـو الديـن، 1989، Rosenman & Chesney, 1982, Miller, 1993, Banks & Gnnon, 1988) وغيرهـا من الدراسـات.

2 - فيـما يتعلـق بوجـود فـروق ذات دلالـة إحصائيـة فيـما يتعلـق بإختبـار ضغـوط الحيـاة فقد كانت جميـع النتائج دالة عنـد 0.0001، وإلى جانـب العينـة المصابـة بالسـكر (من الذكـور والإناث) وهذا يؤكد ما سـبق أن ذكرنـاه مـن حيـث أن العينـة التجريبية تتصـف بالآتى :

أ - الإدراك المبالغ فيه للضغوط.

ب - عـــدم القـــدرة عـــلى حســـم الضغـــوط التـــى يواجههـــا

الفرد وإتخاذ قرار فيها.

جـ - أن عـدم الحسـم يقود إلى الـصراع الناتج من عـدم القدرة على التوصـل إلى حلـول لهذه الضغوط.

د – إن إسـتمرار التعـرض للضغـوط ينهـك قـوى الفـرد وقـد ينعكـس فى النهايـة بإصابـة الفـرد بالعديـد مـن الأعـراض أو الإضطرابـات السيكوسـوماتية.

وتتفـق هـذه النتيجـة مع ما سـبق أن ذكرنـاه من أن تعـرض الأفراد لمـرض أو إيـواء للضغـوط وعـدم حسـمها أو إتخـاذ قـرار فيهـا يقـود إلى العديـد مـن الأمـراض السيكوسـوماتية. (أنظـر فى هـذا الصـدد : هبـة أبـو النيـل، أيمـن عامـر، 2006، إينـاس عبـد الفتـاح، محمـد نجيـب، 2002، محمـود أبـو النيـل 2001، وغيرهـا مـن الدراسـات.

3 – فيـما يتعلـق بالفروق بين المجموعتـين التجريبية والضابطة على إسـتبيان تقدير الشـخصية وجدت فروق ذات دلالة إحصائية. إنحصرت فى 0.0001، ولصالـح العينـة التجريبية من الذكور والإنـاث. وهى نتيجة تتفق مـع العديـد مـن الدراسـات السـابقة والتـى أشـارت إلى إسـتمرار الضغوط يقـود إلى العغديـد مـن الأعـراض السيكوسـوماتية والتى بدورهـا تؤدى إلى نشـأة الهديـد مـن السـمات النفسـية مـن قبيـل : الغضـب، القلـق، التوتر، الإحسـاس بعـدم الكفايـة، عـدم الثبـات الإنفعـالى، العدوانيـة، الإعتمادية، النظرة السـلبية للحياة. ولذا فإن مثل هؤلاء الأشـخاص تتمثل أهم سـمات

شخصياتهم فى الحاجة الشديدة للحنان والحب والمساندة وعدم القدرة على إعطاء الحب للآخرين وكبت شديد لكل الإنفعالات خاصة الحزن والغضب. (أحمد عكاشة، 1998، 362)

وتتفق هذه النتيجة مع ما سبق من نتائج بعض الدراسات السابقة مثل : -

(awson, et al, 1984, Robenson, 1985, Harries. 1989, WHO, 2002)

وغيرها من الدراسات.

4 – وفيما يتعلق بوجود فروق بين العينة المصابة بالسكر والعينة الغير مصابة بالسكر على إختبار الصلابة النفسية كانت الفروق إلى جانب العينة غير المصابة بالسكر. وهذا يتفق مع نتائج العديد من الدراسات والتى أشارت إلى إفتقاد العينة المصابة بالسكر إلى مفردات الصلابة النفسية من قبيل : الإلتزام، التحكم، التحدى، عكس المجموعة السوية (بالمفهوم الإحصائى الإفتراضى) والتى تحاول الإلتزام والتحكم والتحدى وعدم الإستسلام لمفردات وضغوط الواقع.

وتتفق هذه النتيجة مع دراست : عماد مخيمر، 1996، 1997، Kobasa, 1979, 1982 وغيرها من الدراسات.

مناقشة نتائج الفرض الثالث :

تعكس نتائج هذا الفرض العلاقة بين المستوى الإجتماعى وبين متغيرات الدراسة (أنظر جداول 4ـ أ، ب،

جـ د) حيث نجد الآتى :

1 – فيـما يتعلـق بالفـروق فى قائمـة كورنل لم نجد فروقـا ذات دلالة إحصائيـة بـين المقاييـس الفرعية لقائمـة كورنل وبين المجموعتـين التجريبية والضابطـة بإسـتثناء مقيـاسى : أمـراض متنوعـة، والحساسـية وأن النتيجـة كانـت إلى جانـب العينـة التجريبيـة (مـرض السـكر مـن الذكـور والإناث). ومقيـاس الأمـراض المتنوعـة تقيـس عباراتـه أمـراض متعـددة مثـل الحمى القرمزيـة أو الحمـى الروماتيزميـة أو الأنيميـا الخبيثـة أو الإصابـة بمـرض السـكر أو إلتهـاب الغـدة الدرقيـة أو أورام سرطانيـة أو إجـراء جراحـات خطـيرة أو وجـود حـوادث أو إصابـات مختلفـة (محـود أبو النيـل، 2001)

وهـذا يتفـق فى قـدرة هـذه القائمـة عـلى ذكر أعـراض مرض السـكر وهـى مجموعـة الأعـراض الدالـة لـدى مريـض السـكر والتـى كانـت إلى جانـب فئتـى المطلقـين والمطلقـات، والمتزوجـون والمتزوجـات.

وفى حـين أن المقيـاس الثـانى «تقيـس عباراتـه نواحـى خاصـة بمـدى شـفافية إحساسـات الفـرد وسـهولة إيذائـه فى مشـاعره وسرعـة تأثـره بالغضـب، وعـدم قـدرة الفـرد على مواجهـة المواقـف الشـائكة أو المعقدة وعجـزه عـن التوافـق مـع الآخريـن» (محمـود أبـو النيـل 2001)

ومــا ســبق يمثــل فعــلا ســمات شــخصية تميــز الأفــراد (المســتهدفين للوقــوع فى مــرض الســكر أو اللذيــن وقعــوا بالفعــل

فى براثن المرض أو غيرها من الأمراض) مقارنة بالأفراد الأسوياء.

وفيـما يتعلـق بإختبـار ضغـوط الحيـاةلم نجـد أى دلالة فيـما يتعلق بالفـروق بـين الجانـب الإجتماعـى والمقاييـس الفرعية لإختبـار الضغوط.

وفيـما يتعلـق بإختبـار تقديـر الشـخصية لم نجـد أى فـروق ذات دلالـة إحصائيـة بإسـتثناء (مقيـاس عدم الكفايـة)، وأيضا لم نجـد أى فروق ذات دلالـة إحصائيـة بـين المسـتوى الإجتماعـى وإختبـار الصلابة النفسـية بإسـتثناء الدرجـة الكليـة ولصالـح العينـة غـير التجريبيـة (متزوجـون – مطلقـون – أرامـل).

ومـا سـبق يتفـق مـع نتائـج العديـد مـن الدراسـات التـى تناولـت الإضطرابـات السيكوسـوماتية وأن (المتزوجـين والمتزوجـات) أقـل تعـرض بالإضطرابـات النفسجسـمية عـلى أسـاس أن الـزواج يمـد الفـرد بنـوع مـن الدعـم والمسـاندة الإجتماعيـة التـى تجعلـه قـادراً عـلى مواجهـة ضغـوط ومشـاقة الحيـاة. وأن مـرضى السـكر بمـا يتميـزون بإسـتعدادات وسـمات قـد جعلتهـم يقعـون فى فـط (الإصابـة بالإضطـراب جـراء مـا يمتلكونـه من سـمات شـخصية).

أنظر فى هذا الصدد دراسات :

Gavin et al, 2003, Rogers, 2001, et al, 2002

وغيرها من الدراسات

مناقشة الفرض الرابع :

نتعرض فى الفرض الرابع إلى وجود أو عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المستوى التعليمى وبين درجات المقاييس المستخدمة فى الدراسة. (أنظر جداول (5،أ ب، جـ د) حيث توصلنا إلى النتائج الآتية :

أ – فيما يتعلق بقائمة كورنل للإضطرابات النفسجسمية لم نجد أى فروق ذات دلالة إحصائية بين المقاييس الفرعية المختلفة للقائمة بإستثناء إختيار فرعين هما : التعب، وعدم الكفاية، إلى جانب فئة التعليم الجامعى فى العينة المصابة بالسكر.

ب – فيما يتعلق بإختبار الضغوط توصلنا إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند ضغوط العمل، والدرجة الكلية للضغوط إلى جانب فئة التعليم الجامعى.

جـ - فيما يتعلق بإستثناء الشخصية نجد فروق ذات دلالة إحصائية عند متغير : النظرة السلبية للحياة إلى جانب فئة التعليم الجامعى.

د – فيما يتعلق بإختبار الصلابة النفسية نجد فروق ذات دلالة إحصائية فقط عند (بعد الإلتزام) لدى فئة التعليم الأساسى فى العينة الضابطة أى غير المصابة بالسكر.

ما معنى كل ما سبق من نتائج ؟

معناه أن المستوى التعليمى (خاصة التعليم الجامعى فى العينة التجريبية المرضية) يؤثر على بعض الأعراض

الجسـمية وبعـض الأعـراض المزاجيـة فى قائمـة كورنـل. فمقيـاس (التعـب) يعنـى وفقـا لمعـد هذه القائمـة : يقيس نواحـى الإجهاد الكامن أو الشـعور بالتعـب أو الإرهـاق لأقـل مجهـود يبذلـه الفـرد، بالإضافـة إلى الإجهـاد العصبـى الشـديد وكل أعـراض هـذا الإضطـراب نفسـية بدنيـة ليـس لهـا أسـاس أو سـبب عضـوى حقيقـى (محمـود أبـو النيـل، 2001)

فى حـين أن مقيـاس عـدم الكفايـة تقيـس عباراتـه نواحـى خاصـة بالحالـة الإنفعاليـة للفـرد ومـا يصاحبهـا مـن تغـيرات جسـمية كالإغـماء وحـالات الخـوف التـى تتنـاب الفـرد عندمـا يكـون مـع أشـخاص غربـاء فالعبـارات تعكـس عـدم كفايـة الشـخص فى مواقـف الحياة. (محمـود أبو النيـل، 2001)

فهـل التعليـم الجامعـى يؤثـر عـلى التعـب وعـدم الكفايـة فيـما يتعلـق بهـذه الفئـة المصابـة بالسـكر؟

فى حـين أن الدرجـة الكليـة للضغـوط وضغـوط العمـل والنظـرة السـلبية للحيـاة تعـد مـن الملامـح الأساسـية لمريـض السـكر وقـد سـبقت الإشـارة إلى ذلـك ومـن خـلال نتائـج العديـد مـن البحـوث التـى تناولـت مـرض السـكر (أنظـر : سـلوى محمـد محمـود، 2004، جبـالى نـور الديـن 1998، وغيرهـا مـن الدراسـات. فى حـين أن الإلتـزام (هـذا البعـد فقـط من جوانـب إختبـار الصلابـة النفسـية) نجـده ذو دلالـة إحصائيـة لـدى عينـة التعليـم الأسـاسى (الإبتـدائى – الإعـدادى (أى الأقـل تعليـما مـن التعليـم الجامعـى).

فهل إرتفاع مستوى التعليم يجعل الفرد أقل إلتزاما مقارنة بالذين يتوقف مستواهم عند مستوى نهاية التعليم الأساسى؟

واقع الأمر أنه نظريا ومن المفترض أن التعليم يؤثر فى الفرد تأثيرا إيجابيا ويجعله أكثر إلتزاما وأكثر إستبصارا بأمراضه وأن عدم الإلتزام بالنظام الغذائى والدوائى، (على الأقل فى مرض السكر من النوع الثانى) يقود إلى أضرار بالغة بأجهزة الفرد جد الحيوية بيد أن النتيجة التى تم التوصل إليها تنفى هذا التوقع. وهذا فى رأينا يحتاج إلى مزيد من الدراسات لإثبات أو نفى هذا الإستنتاج.

مناقشة نتائج الفرض الخامس :

فى هذا الفرد تناقش الفروق الدالة إحصائيا بين المستوى المهنى ودرجات الإختبارات المستخدمة فى هذه الدراسة حيث وجد الآتى (أنظر جدول : -6أ، ب، ج، د).

1 - عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية فى المقاييس الفرعية لقائمة كورنل بإستثناء مقياس (الجهاز العصبى) وتأثره سلبيا وكانت الدلالة إلى جانب العينة التجريبية حيث تقيس عباراته (وفقا لمعد الإختبار) نواحى خاصة بحدوث صداع بالرأس والإغماء والشعور بالتخدير فى أى جزء من أجزاء الجسم والشلل والإرتعاش فى الوجه والأكتاف والرأس وأعراض التشنج أو الصراع بين أفراد الأسرة. (محمود أبو النيل، 2001). والواقع أن هذه النتيجة قد

أكدتها العديد من الدراسات التى تناولت (مضاعفات مرض السكر) حيث أنه يؤثر على جميع أجزاء الجسم وخاصة الجهاز العصبى لدرجة أن مقولة (الإصابة بالسكر تعد فاتحة والأساس لكل الأمراض) حقيقة لا خلاف عليها أنظر فى هذا الصدد : أحمد محمد عوف 2000، WHO, 2002، سلوى محمد محمود 2004، أيمن الحسينى 1996 وغيرها من الدراسات.

2 – فيما يتعلق بإختبار الضغوط وجد فروق ذات دلالة إحصائية فقط على (ضغوط مخالفة القانون)، و (الدرجة الكلية للضغوط) والفروق إلى جانب العينة المريضة أى المصابة بالسكر. وهى حقيقة قد أكدتها العديد من الدراسات (حتى التى تناولت فئات غير مريضة) حيث أوضحت أن تأثير الضغوط السيكوسوماتية. وأن صفة (مخالفة القانون) لدى مرضى السكر (خاصة قوانين الإلتزام بضرورة إتباع النظام الغذائى والدوائى له دور كبير فى مضاعفات مرض السكر، ناهيك عن أن سمة عدم الإلتزام تعد من السمات الأساسية المميزة لغالبية مرضى السكر. أنظر فى هذا الصدد دراس_ات : جبالى نور الدين 1989، Mcnamara, 2000, Lustman. Et. Al, 2000.

3 – وفيما يتعلق بالروق بين العينة التجريبية والعينة السوية على درجات إستبانة تقدير الشخصية وجد فروقا ذات دلالة إحصائية فى بعدى : الإعتمادية والنظرة السلبية

للحياة. وهما أمران متوقعان ويؤيدان فى نفس الوقت – العديدمن نتائج الدراسات التى تناولت السمات المميزة لمرض السكر من حيث الإعتمادية، وعدم القدرة على الإستقلال، أو إتخاذ القرار، والإعتماد على الآخرين (إلى درجة العدوان) وغيرها من السمات إضافة إلى نظرة سلبية للحياة وربما الوقوع فى هوة الإكتئاب وهذه السمة تعد من السمات الأساسية لمرضى السكر) حيث أن مرض السكر من الأمراض المزمنة التى ليس لها علاج شاف حتى الآن شفاء حاسم، مع ضرورة الإلتزام بالنظام الغذائى والدوائى (خاصة فى مرض السكر من النوع الثانى) وطوال حياة الشخص قد يؤدى إلى إمكانية الوقوع فى (هوة الإكتئاب). وهى سمة معتادة لدى جميع الأطباء أو الأشخاص الذين يتعاملون مع مريض السكر. (أنظر فى هذا الصدد دراسات :

،محمود أبو النيل 1994 Rosenman & Chesney, 1982
Bank & Gnnon, 1988)

وغيرها من الدراسات.

4 – لم نجد أى فروق ذات دلالة إحصائية فى إختبار الصلابة النفسية بإستثناء مقياس الإلتزام والتحدى وكان الفرق إلى جانب العينة غير المريضة بالسكر. وهى نتيجة متوقعة فى ضوء أن أهم ما يميز العينة غير المريضة أنها قادرة على مواجهة الضغوط والحسم السريع لها وعدم الوقوع فى (جوانب الصراع) والتحدى لكافة مشاكل وضغوط الحياة. وهى نتيجة قد أكدتها نتائج العديد من

الدراسات السابقة والتى تناولت أفراد غير مرضى. أنظر فى هذا الصدد دراسات : عماد مخيمر 1996، 1997، Kobas, 1982, 1979، وكوبازا وزملائه، 1982.

مناقشة نتائج الفرض السادس :

إقتصرنا فقط فى هذا الفرض على التحليل العاملى للعينة المريضة (ذكور وإناث) وقد تم التوصل إلى (10) عوامل إستوعبت (56.888%) من التباين الكلى، وأن بعض هذه العوامل قطبى (أنظر الجدول رقم 7).

ونستطيع القول بأنه أمكن الوصول إلى عامل واضح للإضطرابات السيكوسوماتية تشبعت عليه كافة متغيرات قائمة كورنل للإضطرابات النفسجشمية، وكذا إختبار الضغوط، والتقدير السبى للشخصية مع محاولة (مستميتة) للإلتزام والتحكم والتحدى، وإن كان التفاعل ما بين الضغوط والسمات السلبية للشخصية (من قبيل العدوان، الإعتمادية، عدم الثبات الإنفعالى، والنظرة السلبية للحياة) تؤثر فى مقدار الصلابة النفسية، وفشل الفرد (خاصة مريض السكر) فى الإلتزام والتحكم والتحدى وأن هذه النتيجة تصب فى تأكيد السمات الأساسية لبروفيل مرضى السكر من حيث : الإعتمادية، عدم القدرة على إتخاذ القرار، الصراع وعدم الحسم ..ز الخ هذه السمات والتى سبق وأن أشرنا إليها وأيدتها العديد من الدراسات السابقة والتى أكدت على أن عامل الضغوط يلعب الدور الحاسم فى إصابة

الفرد بالإضطرابات السيكوسوماتية مما يترتب على ذلك عديد من الآثار النفسية السلبية والتى تؤثر فى نهاية الأمر فى عدم كفاءة العديد من أجهزة الجسم يؤازر ذلك نفسية مرضية (خاصة وأن مرض السكر لا شفاء حاسم له مدى الحياة) وغيرها من الصفات. أنظر فى هذا الصدد دراسات : (سلوى محمد محمود 2004، محمود أبو النيل 1984؛ مجدى زينة 2002، جيهان محمد رشاد 2000) وغيرها من الدراسات.

الخلاصة :

أن مرضى السكر يفتقدون إلى العديد من جوانب الصلابة النفسية وأنهم يتأثرون وربما أكثر من غيرهم. بالضغوط الحياتية وأن السمات التى تميزهم من قبيل التسويف وعدم الحسم تقود إلى (تشتت) الطاقة النفسية لديهم مما يعرضهم لتلف العديد من أجهزة الجسم وأن هذه الأمراض السيكوسوماتية يؤازها فى الخلفية سمات نفسية مميزة لهذه الفئة من قبيل : العدوان، الإعتمادية، عدم الثبات، حدة الإنفعال، عدم القدرة على تحمل المسئولية، النظرة السلبية للحياة، والإدراك المبالغ فيه لضغوط الحياة (ربما حتى الضغوك اليومية المعتادة) مما يمثل خلفية هامة فى فهم نفسية مريض السكر، ولذا فإن هذه الدراسة تؤكد حقيقة إجراء المزيد من الدراسات (لفض مجهلة) هذه الفئة من المرضى، إضافة إلى ضرورة تصميم العديد من البرامج

الوقائيـة والفئـات المسـتهدفة للإصابـة بمـرض السـكر خاصـة مـع إنتشـار الوجبـات السريعـة المشـبعة بالدهـون، وقلـة الحركـة وعـدم ممارسـة أى أنـواع مـن الرياضـة، والبدانـة لا تخطـأ ملاحظتهـا حتـى لدى الأطفـال، مع تصميـم برامـج إرشـادية وعلاجيـة للفئـات التـى وقعـت بالفعـل فى مـرض السـكر وإرشـادهم إلى أنجـح وأيـسر الطـرق لكيفيـة فهـم هـذا المـرض (العـدو) والتعامـل معـه بنديـة وعـلى قـدم المسـاواة حتـى تقلـل مـن كم الأضرار الجسـمية والنفسـية التـى تترتـب عـلى عـدم ضبـط نسـبة السـكر فى الـدم.

المراجع

أولاً : المراجع العربية :

1 – أحمد عكاشة (2000) : **الطب النفسى المعاصر**، القاهرة : مكتبة الأنجلو المصرية .

2 – أحمد محمد عوف (2000) : **مرض السكر – أوهام وحقائق**، سلسلة العلم والحياة، الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد (130).

3 – آمال عبد الحليم (1999) : **علاقة الإضطرابات السيكوسوماتية بأحداث الحياة ووجهة الضبط، دراسة مقارنة لحالات مرضى ضغط الدم المرتفع، والقرحة المعدية**، ماجستير غير منشورة، آداب عين شمس.

4 – أولتمانز، نيل، دفيسون (2000) : **دراسات حالة فى علم النفس المرضى**، ترجمة رزق سند، تقديم لويس مليكة، القاهرة، دار الحكيم للطباعة والنشر.

5 – أيمن الحسينى (1994) : **عاجل لمرضى السكر (الجديد فى علاج السكر والإجابة عن تساؤلات المرضى**، القاهرة : مكتبة القرآن.

6 – أيمن الحسينى (1990) : **مرض السكر (كيف تتعامل معه وتأمن غدره)**، القاهرة : مكتبة ابن سينا.

7 – أيمن فاروق عبد العزيز (2000) : **طعامك يا مريض السكر**، كتاب اليوم الطبى، القاهرة : مؤسسة الأخبار، العدد (219).

8 – إينـاس عبـد الفتـاح، محمـد محمـود نجيـب (2002): **ضغـوط الحيـاة وعلاقتهـا بالأعـراض السيكوسـوماتية وبعـض خصـال الشـخصية لـدى طـلاب الجامعـة، دراسـة كشـفية**، القاهـرة : مجلة دراسـات نفسـية، رابطـة الأخصائيـين النفسـيين، مـج 12، ع3 (يوليـو) ص ص 417 – 458.

9 – جبـالى نـور الدين (1989) : **علاقة الإضطرابات السيكوسـوماتية بالشـخصية، دراسـة مقارنـة لحـالات القرحـة المعديـة وحـالات السـكرى**، رسـالة ماجسـتير غير منشـورة، آداب عين شـمس.

10 – جيهـان أحمـد حمـزة (2002) : **دور الصلابـة النفسـية والمسـاندة الإجتماعيـة وتقديـر الـذات فى إدراك المشـقة والتعايـش معهـا لـدى الراشـدين مـن الجنسـين فى سـياق العمـل**، ماجسـتير غـير منشـورة، كليـة الآداب، جامعـة القاهـرة.

11 – جيهان محمد رشـاد (2001) : **العلاقة بين التحكم فى مسـتوى السـكر بالدم وبعض سـمات الشـخصية لدى عينة من الأطفال**، ماجسـتير غـير منشـورة، كلية الآداب، جامعة عين شـمس.

12 – حسـن فكـرى (2000) : **عـلاج مـرض السـكر بـدون دواء (80 مشـكلة تواجـه مريض السـكر، كيـف يتعامل معها، وكيـف يتغلب عليه)**، القاهـرة : دار الطلائـع للنـشر والتوزيع.

13 – سعد جلال (1986) : **فى الصحة العقلية – الأمراض النفسية والعقلية والإنحرافات السلوكية**، القاهرة : دار الفكر العربى.

14 – س. ل. ليندزاى، ج. ي. بول (2000) : **مرجع فى علم النفس الإكلينيكى للراشدين** (ترجمة) صفوت فرج، القاهرة : الأنجلو المصرية.

15 – رونالد. ب. رونر (1988) : **إستبيان تقدير الشخصية**، ترجمة وإعداد ممدوحة سلامة، القاهرة، مكتبة الأنجلو المصرية.

16 - عبد الرحمن نور الدين (1982) : **السكر من الألف إلى الياء**، مجلة طبيبك الخاص، القاهرة : مؤسسة دار الهلال، العدد (160)، ص ص 25-27.

17 – عماد مخيمر (1996) : **إدراك القبول / الرفض الوالدى وعلاقته بالصلابة النفسية لطلاب الجامعة**، القاهرة : مجلة دراسات نفسية، المجلد السادس، العدد الثانى، رابطة الأخصائيين النفسيين، ص ص : 275 – 289.

18 – سلوى محمد محمود (2004) : **دراسة مقارنة للقدرات المعرفية لدى مرضى السكر وقرحة المعدة**، ماجستير غير منشورة، كلية الآداب جامعة أسيوط.

19 – محمد أحمد صديق (1999) : الإضطرابات السيكوسوماتية لدى المودعين فى شركات توظيف الأموال، دكتواره غير منشورة، كلية الآداب، جامعة المنيا.

20 – محمد صلاح الدين (1993) : **السكر – أسبابه – ومضاعفاته وعلاجه**، سلسلة أعرف صحتك، القاهرة : مركز الأهرام للترجمة والنشر، العدد رقم (8).

21 – محمد قرنى (2000) : **لا تخف من مرض السكر**، الإسكندرية : مكتبة معروف.

22 – محمد حسن غانم (2004) : **الأمراض النفسية للشخصية (دراسات كلينيكية لحالات عربية)**، الإسكندرية: المكتبة المصرية.

23 – محمد حسن غانم (1996) : **ديناميات الضغوط ومركز التحكم لدى مدمنى المخدرات – دراسة حضارية مقارنة**، رسالة دكتوراه نشرت بعد ذلك بعنوان : الإدمان (أضراره – نظرياته – تفسيره – علاجه)، القاهرة : دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.

24 – محمد حسن غانم (2006) : **علم النفس الإكلينيكى – الجزء الأول (تقييم الشخصية)** القاهرة : جامعة حلوان.

25 – محمد محمد شعلان (1979) : **الإضطرابات النفسية فى الأطفال** – الجزء الأول، القاهرة : الجهاز المركزى للكتب الجامعية والمدرسية والوسائل التعليمية.

26 – محمود أبو النيل (1994) : **الأمراض السيكوسوماتية فى الصحة النفسية**، بيروت : دار النهضة العربية، الطبعة الثانية.

27 – محمود السيد أبو النيل (2001) : **مقياس كورنل للإضطرابات السيكوسوماتية**، القاهرة : المؤسسة الإبراهيمية لطباعة الأوفست.

28 – محمود سامى (1997) : **وداعا للحيرة يا مريض السكر**، القاهرة : كتاب اليوم الطبى، مؤسسة الأخبار، العدد (187)، الطبعة الثانية.

29 مجدى زينة (2000) : **علاقة الإضطرابات السيكوسوماتية بأحداث الحياة لدى المتضررين من حرب الخليج الثانية**، دكتوراه غير منشورة، كلية الآداب، جامعة عين شمس.

30 – مغازى محجوب (1989) : **مرض السكر**، كتاب اليوم الطبى، القاهرة : دار أخبار اليوم، العدد (90).

31 – هبة أبو النيل، أيمن عامر (2006) : **الإبداع كإستعداد وعلاقته بالمشقة والإضطرابات النفسجسمية**، القاهرة : مجلة دراسات عربية فى علم النفس، مج5، ع2 (أبريل)، مركز الدراسات النفسية، جامعة القاهرة ص ص 263 – 317.

32 – هبة أبو النيل (2002) : **الفروق فى أنماط أسلوب الحياة بين بعض فئات الإضطرابات السيكوسوماتية**، دكتوراه غير منشورة، آداب عين شمس.

33 – يعقوب يوسف الكندرى (2003) : **الثقافة والصحة والمرض – رؤية جديدة فى الأنثروبولوجيا المعاصرة**، الكويت، مجلس النشر العلمى، جامعة الكويت.

ثانياً : المراجع الأجنبية :

34-Gavin, James R; . K; David Son, Mayer. B; Defronzo. Etal (2003): **Report of the expert committee lie diagnosis and classification of diahcies mellitus in: American diabetes association:** diabetes dire, clinical practice rccomincndations, supplement, pp. 5-20

35- **American diabetes association**:

http://www.diabetes.org/diabetes-statistics/national-diabetes-fact-shcet.jsp.

36- WHO. (2002): **diabetes mellitus. I'act sheet**. N.I 38. Revised April.

37- Molnar, S (1992) :**Human variation: Races, Races. types and ethnic groups**. New Jerscy: Prentice Hell, Englewood Cliffs.

38- Kaplan, R; James, J, Thomas P. (1993): **Health and human behavior, Mc Graw-Hill, inc**. New York.

39- Arab, M. (1992) Diabetes Mellilus in Egypt. World health static. Q: 45 (4): 334-337.

40- Fatani, II; Mira, S & El-Zobicr, A. (1987): **Prevalence of 'diabetes mellitusin runal Saudi Arabia** Diabetes care, Vol (10) No (2) pp. 180-183.

41- Popkin, B (2000): **Nutrition in transition: the changing global nutrition** challenge. Asia. Pac. J. Clin. Nutr. Lo.pp. 51-53.

42- Lustman, P; Andrson, R; Freedland, K: De-Groot & Clouse. R (2000):**Depression and poor glycemic**: A Mcla-analylic review of the litcnmirc, diabetes-carc. Vol. (23) No (7) pp. 934-942.

43-Mcnamara, S.(2000); **Stress in young people what's new and what we can do** London: continuum.

44- Fairbtin K; D & Hough, R. (1979): **Life events classifications ;and the evenillness relationship**. Journal of human stressVol. (5) pp 42-47.

45- Rahe, R & Arthur R. (1978) **life change and illness. Science,** 194, pp.l013-1020.

46- Sclv. H (1956): **The stress of life** , New York: McGraw Hill.

47 -Lazarus, R. & Folkman. S (1984). **Stress appraisal and coping**. New York:Springer.

48¯Banks, J. & Gannon.L (1988): **The influence of hardness on the relationship between strcssors and psychosomatic symptomatology**. American Journal of comnunity psychology. Vol. (16) No (1). Pp. 490-505.

49- Roscnman, R & Chesny, M. (1982). **Stress type a behavior and coronary disctise in: gold longer. Leo. Breginting. Shiomo** (eds). band book of stress: theoretical and clinical aspects. New york. Macmillan. P. co.inc.

50- Kobsa, S (1979): **Stressful life events, personality and heath: An inquiry into hardness**. Journal of personality and social Vol. (37). No (1) pp 1-11.

51- Kobsa, S (1982): **commitment and coping in stress resistance among lawyers**. Journal of personality and social psychology. Vol. (4) No(4)pp.707-717.

52 - Welb. D. (1991). **Hardness and stress moderation: A test of proposed mechanisms**. Journal of personality and social psychology, Vol. (60) pp. 89-99.

53- Pagana, K. (1990): **The relationship of hardness and social support to student appraisal of stress in an initial clinical nursing, situation** , Nursing eduvation, Vol. (29) pp. 255-261.

54- Low Son, S; James. S & Magni; O (1989).

Neuro psychological function diabetes patients with neuropathg? British. Journal of psychiatry. 145.

55- Robinson, S; Nicola, H & John. H (1985): **Role of life events and difficulties in die onset of diabetes mcllilus. Journal of psychosomatic research**. Vol. (2) No (5) pp. 583-591.

56 - Harris. R. (1989): **Relationship between health beliefs and psychological variables in diabetics,** British. Journal medical Vol. (37) pp. 135-138.

57 - Rajarm, S & Vinso, V. (1998) : **African American women and diabetes: Asocio cultural Context.** Journal health care poor undeserved,Vol(9) No (3) .pp.236-247.

58- Chalmers. J (1999). **Who-is hypertension guideline committee**. International society of hyperiension guideline for management of hvpertension .Joumal hupertens. Vol. (17) pp. 151-185

59-Jen Son, S (1986). **Emotional aspects in chronic disease: A study of insulin treated diabetics, international** journal of rehabitation research. Vol (9) No (1) pp. (1)63 -671.

60-Caldwell, E & Baxter M (1998): **The asso-**

ciation of non-insulin dependent diabetes. with perceived quality of life in a bethink population, American inurnal of public health, Aug, Vol (88) No (8) pp. 1225-1229.

61- Rogers, P. (2001): **A health body, A health Mind: long-term impact of diet on mood** and cognitive function, nutrition-society,. Vol (60) No(l) pp. 135-143.

62- Egle, U; Tiber, LL; Tochen N: Kappis, Hctal (2002) **long-term effects of adverse adverse childhood experiences-Aetual evidenee and needs for research,** psycliosomatische and psychothcrapie, Vol (48), No (4) pp. 411-434.

63- Fisher, L, Gudnuinudsdottir, M: Cathcrin, Setal (2004). **Resolving disease management problems in European-American and Lation couples with type 2 diabetes: the effect of ethnieity and patient gender**, family process, Vol (39), No (4) pp. 403-416.

64- Davison, J & Ncale, J (2001). **Abnormal psychology .**-New York. Wiley. 6th Ed .